



Eva Martín y Ana Arnal en las instalaciones del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. J. M. LOSTAU

> VALLADOLID

## El cirujano de las manos de acero llega a la ginecología

El Río Hortega incorpora el robot Da Vinci a los procesos tumorales malignos / Reduce el tamaño de la incisión necesaria para operar y el tiempo de recuperación, todo ello sin perder seguridad. Por **E. Lera**

Fue un adelantado a su tiempo con diseños, como el del paracaídas o el del helicóptero, en los que años después otros se basarían para llegar hasta donde él no pudo. Su obsesión era volar. Ponía todo su empeño pero murió sin lograrlo. No perdió por falta de perseverancia, los retos no terminaron de manera positiva porque no encontró la manera de luchar contra el tiempo. Leonardo Da Vinci fue un genio en varias disciplinas. Pintor, escultor, arquitecto, científico, astrónomo, un hombre con una sabiduría aplicada a diversos campos del arte y de la ciencia. Se marchó dejando un legado importante tanto para los amantes de la pintura, con su obra magna *La Mona Lisa*, o *Gioconda*, expuesta en el museo del Louvre de París y convertida en un auténtico icono popular, como para los ingenieros, que basan su día a día en investigar para que la sociedad siga avanzando rodeada de tecnologías que hacen la vida más fácil.

Una huella imborrable que adquiere un sentido especial en los quirófanos. El robot Da Vinci llega para quedarse. Desde hace un tiempo se ha convertido en uno más de la plantilla en muchos hospitales españoles, alemanes, italianos, ingleses y franceses. Y es que abre una nueva vía para el tratamiento de dolencias complejas. Sus mayores bazas: la seguridad y la precisión. Es un cirujano de acero que reduce el dolor, el ingreso y el riesgo de infecciones y otras complicaciones. Es un compañero, más bien amigo, de los profesionales sanitarios.

El Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid cuenta desde mayo con este robot, que tam-

bién se utiliza en el servicio de Urología y Cirugía General. En principio, en Ginecología se dedicó a realizar cirugías benignas, pero a principios del mes pasado dio el salto y, bajo el asesoramiento del doctor Lobo, un ginecólogo con amplia y contrastada experiencia en el campo de la cirugía robótica del Hospital de Basurto, llevó a cabo la primera cirugía de estadificación completa de un cáncer de endometrio. Después de esa toma de contacto, otras dos pacientes han sido intervenidas de su proceso tumoral uterino.

Al compararlo con una cirugía abierta –que es la vía habitual para atajar un cáncer ginecológico–, las diferencias son abismales tanto para el paciente como para el médico, opina Eva Martín, licenciada especialista de área perteneciente a la Unidad de Patología Mamaria y Ginecología Oncológica del centro vallisoletano. En primer lugar, la paciente pasa de tener una incisión longitudinal en el abdomen de unos 30-40 centímetros que haga posible llegar a todos los campos, a veces incluso con dificultad, a tener cuatro puertos de entrada para los brazos del robot que se cierran

con un par de puntos de sutura. «Todo sin perder la seguridad desde el punto de vista oncológico, que en ningún caso deja de ser nuestro objetivo final».

Es verdad que ese reto ya lo había logrado la cirugía laparoscópica, pero el Da Vinci se guarda unos cuantos ases bajo la manga, como son la visión tridimensional de la consola que ofrece al cirujano una sensación similar a la de estar dentro de la cavidad abdominal; las pinzas articuladas que reproducen los movimientos de la mano del médico con precisión absoluta y la cirugía oncológica necesita una disección muy fina que evite rotura de vasos o nervios y con ello complicaciones y la amplitud de movimientos de los brazos del robot que sobrepasa el rango de movilidad de los brazos humanos.

Para Martín, la cirugía robótica representa un alto desarrollo tecnológico al permitir al cirujano, sentado a los mandos de la consola, manejar un robot acoplado al paciente que reproduce fielmente los movimientos ejecutados por sus manos, desprovistos de cualquier temblor que sí existe en la vía laparoscópica convencional.

Esta mayor precisión quirúrgica, apunta, se traduce en la capacidad de identificar y preservar estructuras anatómicas, disminuir las pérdidas sanguíneas y el trauma quirúrgico en el paciente. Además como ventaja para el profesional, es más ergonómico, lo que supone un menor cansancio en las cirugías prolongadas con su consabida repercusión positiva sobre el paciente, agrega.

El robot Da Vinci no puede tomar decisiones ni operar por sí mismo. A la espera de que eso llegue a producirse algún día, los cirujanos son todavía los artífices del movimiento de sus brazos para realizar cualquier maniobra. «Su limitación es nuestra mayor o menor destreza con sus mandos», informa Eva Martín, antes de indicar que no se puede utilizar para los casos que se precise una apertura urgente de la cavidad abdominal.

La cirugía robótica intenta suplir las limitaciones de la laparoscopia clásica y, por lo tanto las aplicaciones clínicas serán cualquier procedimiento que se realice mediante laparoscopia convencional y, sobre todo, los de mayor dificultad, como son las intervenciones de cirugía

oncológica –cáncer de cuello o endometrio–, las miomectomías uterinas y cirugías de prolapsos uterinos. «En estas tres cirugías nos permitirá, además, abordar de forma segura cirugías en casos en los que no podríamos hacerlo por laparoscopia (miomas de mayor tamaño o muy cercanos al endometrio). Por supuesto, también es muy útil en casos benignos como histerectomías con úteros de gran volumen», reconoce.

Aparte del buen hacer en la mesa de operaciones, el Da Vinci cuenta con un sistema óptico para la reproducción de imágenes de fluorescencia. Una función muy interesante. Por este motivo, este equipo del Río Hortega ha iniciado un estudio para validar la técnica del ganglio centinela en el cáncer de cérvix y endometrio en un futuro próximo. La biopsia del ganglio centinela en un tumor de endometrio, utilizando para su detección la inyección del trazador ICG (verde de Indocianina) en el cérvix uterino, permitirá conocer si existe o no metástasis en ganglios próximos sin necesidad de hacer una linfadenectomía pélvica y aorto-cava completas.

«La finalidad de dicho estudio no es otra que evitar linfadenectomías innecesarias en aquellos cánceres en estadios iniciales en los que podamos extrapolar el estudio negativo del análisis del ganglio centinela sin miedo a resultados falsos negativos. En otras palabras, estar seguros de que un ganglio negativo centinela supone que el resto de ganglios que dejamos en la paciente están libres de enfermedad», explica la licenciada especialista de área perteneciente a la Unidad de Patología Mamaria y Ginecología Oncológica del Río Hortega.