

## "No hay futuro sin robot"

IM Médico • original



18 de julio de 2018 17:45

Richard Gaston es un claro ejemplo de que la profesión de cirujano ha cambiado bastante. Este urólogo francés es pionero en el uso de la tecnología robótica en cirugías relacionadas con la urología. Aconseja estar abierto a todos los progresos.

La Asociación Española de Urología entregó, en el 83 Congreso Nacional de Urología, la Medalla Francisco Díaz, máximo galardón de esta institución, a **Richard Gaston**, *cirujano oncológico* que compagina su trabajo en la Clínica San Agustín en Burdeos (Francia) con sesiones quirúrgicas todos los meses desde hace más de ocho años en el Instituto de Urología Avanzada (ICUA) de la Clínica CEMTRO de Madrid. El galardón se lo dieron como agradecimiento a sus valores, a su continuada labor colaborativa con la urología española y a su compromiso en la formación de profesionales.

En una entrevista realizada en el Congreso Nacional de Urología, preguntamos a Gaston por las novedades existentes en cuestión de urología. Destacó que hay muchas y que los urólogos deben trabajar en equipo con oncólogos, con radiólogos, con fisioterapeutas y con otros profesionales sanitarios para mejorar el resultado final. A su juicio, "lo que evoluciona más rápidamente son las imágenes". Consideró que la radiología de intervención mixta va a mejorar bastante en los próximos años. Igualmente, aseveró que se ha vivido una revolución en 30 años en la relación entre la cirugía abierta y las imágenes.

Confirmó que los diagnósticos son ahora más precisos. Subrayó que la calidad de las imágenes es fundamental para ver un cáncer como el de próstata o el de riñón. "Se puede ver y tratar casi al mismo tiempo. Pienso que es la evolución más importante que vamos a ver en los próximos años", insistió.

Habló del sistema de imágenes Exact Visión. "Con él, con sondas de 29 megas, disponemos de una visión de la próstata increíble", explicó. "Con la resonancia magnética de tres teslas, tenemos una buena visión del cáncer de próstata en el 70% de los casos, pero no es una visión global. Vemos uno o dos lugares tumorales. Y sabemos que el tumor es multifocal. Hay que hacer progresos para ver realmente el cáncer. Con este sistema de microecografía, tenemos una visión diferente", sostuvo. Si bien, señaló que es un método nuevo y que hay que realizar aún más estudios para comprobar si realmente es un gran progreso.

En España, se están comprando más robots Da Vinci. ¿Cuáles son sus ventajas? Fue determinante: "No hay futuro sin robot. La cirugía abierta va a morir, excepto en algunos casos muy específicos, en nuestra especialidad. Por ejemplo, un tumor de riñón enorme con un enorme trombo de la vena cava que va al corazón". Añadió que la cirugía robótica es una cirugía más fácil para el enfermo, pero también para la formación de los cirujanos. "La cirugía robótica ha elevado el nivel de los cirujanos. No hay buenos ni malos cirujanos con el robot", sostuvo. Le razonamos que no es lo mismo que un coche de Fórmula 1 sea conducido por una persona que sólo tiene el carné de conducir o por el varias veces campeón del mundo Lewis Hamilton. Sobre esta metáfora, Gaston alegó que "el robot es un coche moderno con mucha asistencia" y que "es más fácil conducirlo que un coche antiguo".

Respecto a lo que se necesita para aprender con el Da Vinci, comenta que hay que conocer bien anatomía. Eso sí, "la formación es mucho más fácil que con la cirugía abierta". Recuerda que, en la cirugía abierta, antes de empezar a operar la parte afectada, hay que llegar a ella, hay que exponerla. Con el robot, se empieza directamente a operar, por lo que no se piensa en la exposición y se realiza una cirugía "muy codificada".

Cuestión de diagnóstico

A Gaston le llegan bastantes casos de gente joven con cáncer de próstata. Cree que el que haya más gente joven con cáncer de próstata es una cuestión de diagnóstico. "El problema mayor del cáncer de próstata es el diagnóstico. Los gobiernos no saben realmente qué hacer, si adelantar la edad de empezar el seguimiento de los niveles del antígeno prostático específico (PSA) o no. La detección individual es importante. Todos los días veo un nuevo cáncer de próstata que vamos a curar porque el enfermo se ha hecho un PSA", cuenta. Matiza que se suele recomendar hacer un PSA a partir de los 50 años, pero que, cuando en una familia hay casos de cáncer de próstata, se aconseja hacerlo antes. Hay muchas discusiones sobre el abordaje, a niveles gubernamentales, de detección precoz de cáncer de próstata.

Este cirujano suele practicar dos o tres cirugías cada día. Algunas veces, cuatro. Excepcionalmente cinco o seis. ¿Se dejarán de hacer prostatectomías radicales de próstata? "No las vamos a hacer cuando tengamos imágenes precisas del cáncer dentro de la próstata y las imágenes de las metástasis de los ganglios alrededor de la próstata", opina. Apunta a que, entonces, se hará una clasificación muy precisa del cáncer. "Si encontramos dos lugares tumorales de la próstata y si podemos destruir esos dos lugares sin tocar la próstata, la conservaremos", anuncia. Confiesa que ése es su sueño. "Mi vida es la cirugía del cáncer, pero si un día veo un tratamiento mejor, es normal que abandonemos la cirugía", remarca. Se muestra seguro de que algún día no se sacará la próstata por cáncer.

por IM Médico Publimas Digital s.l.