

## Los beneficios de las intervenciones con el robot Da Vinci en cáncer de cabeza y cuello

Este cáncer presenta tumores de la cavidad oral, faringe, laringe y las fosas nasales y senos paranasales. En España se detectan 10.000 nuevos anualmente., siendo una patología en la que el buen pronóstico depende de un diagnóstico precoz y en la que inciden factores de riesgo como el tabaco, alcohol y el virus del papiloma humano (VPH). • [original](#)

### 1. ¿Cuáles son los síntomas del cáncer de cuello y cabeza?

Los cánceres de cabeza y cuello, y el de garganta en particular, pueden pasar desapercibidos durante un tiempo. Por esta razón, se debe prestar especial atención si aparecen estos síntomas:

- Lesión o masa abultada en la boca, paladar o zona amigdalal.
- Tumoración o bulto en el cuello.
- Dolor o dificultad para tragar los alimentos.
- Cambio en la voz.
- Saliva manchada con sangre.
- Dolor en el oído con la deglución.
- Nueva aparición de ronquidos sin ganancia de peso.
- Pérdida de peso.

### 2. ¿En qué estadio se puede abordar esta patología con cirugía robótica con el sistema robótico da Vinci? ¿Cuál es la tasa de supervivencia?

Actualmente utilizamos el **sistema robótico da Vinci** para diferentes estadios de esta enfermedad. Su indicación principal es en **estadios iniciales** que se basan en la enfermedad locoregional poco avanzada. Aunque hoy en día también se utiliza el sistema robótico da Vinci para estadios más avanzados donde nos han fallado los tratamientos no quirúrgicos basados en quimiorradioterapia, y la enfermedad se puede tratar por medio de un abordaje quirúrgico.

La tasa de supervivencia se reduce de una forma importante a medida que el diagnóstico se produce en el estadio más avanzado. Pese a que los cánceres de cabeza y cuello engloban lesiones muy diversas, **en tumores en estadios iniciales (I-II)** se obtienen **supervivencias mayores al 80%**. Por el contrario, en pacientes con **estadios avanzados**, que no han respondido a tratamientos no quirúrgicos, la **supervivencia se reduce por debajo del 40-50%**.

### 3.

La incidencia de este tipo de cánceres en nuestro país se sitúa sobre los **9.000 casos al año**, dando una prevalencia en 5 años de unos 65 casos por 1.000 habitantes, siendo el **sexto cáncer** con mayor incidencia en nuestro medio.

Los **cánceres de cabeza y cuello** habitualmente se han relacionado con hábitos tóxicos como el **tabaco y el alcohol**, y en los últimos años, el **virus del papiloma humano (VPH)** ha demostrado ser un agente relacionado con el cáncer de garganta. Mientras que, en la última década, los cánceres de la laringe e hipofaringe han presentado una disminución de su incidencia secundariamente a los cambios en hábitos como el consumo de tabaco y alcohol, el cáncer de garganta (orofaringe) ha presentado un aumento de incidencia debido a la influencia del VPH.

Actualmente, en nuestra zona, se calcula que el 30% de los cánceres de garganta están provocados por la acción de este virus, mientras que en zonas como Norte América o el norte de Europa se ha visto implicado hasta en el 80% de estos tumores.

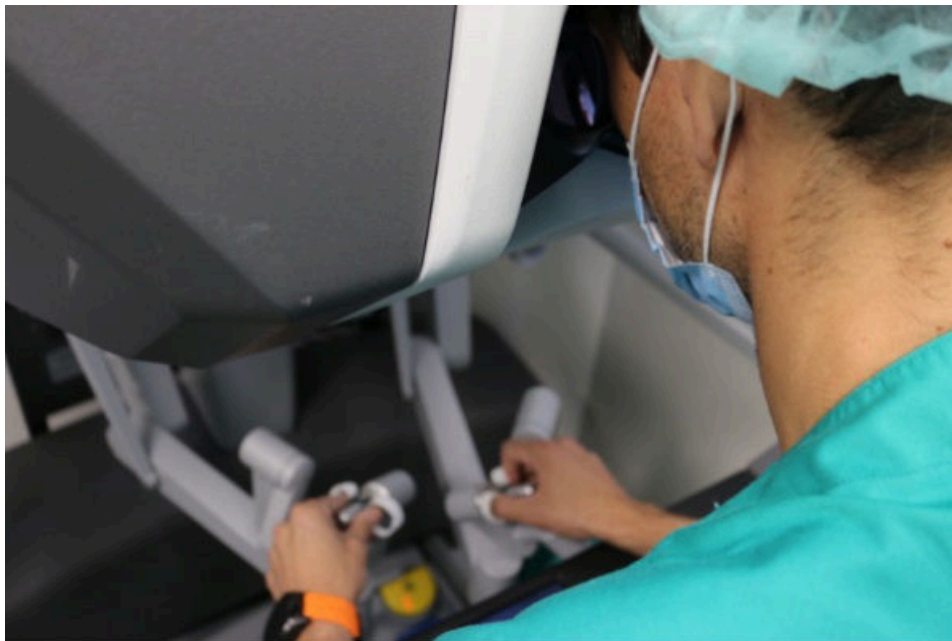
#### 4. ¿En qué porcentaje se da este tumor en hombres y mujeres? En el caso de que haya alguna diferencia de género notable, ¿cuál es el motivo?

Este tipo de tumores se da **más frecuentemente en hombres**, actualmente la relación se sitúa de 4 hombres por una mujer en nuestro país, aunque históricamente era mucho mayor a favor de los hombres. Este hecho se debe a un mayor consumo de factores tóxicos (tabaco y alcohol) por parte del género masculino con respecto del femenino. Pese a todo, esta relación cada vez se va igualando más por el mayor consumo de tóxicos de la mujer en los últimos años.

#### 5. ¿Cómo se puede prevenir?

La mejor forma de **prevención** del cáncer de cabeza y cuello sigue siendo la **abstención de tabaco y del alcohol**. Estos dos factores además de influir en la aparición de este tipo de lesiones, empeoran el pronóstico de estos pacientes y disminuyen la respuesta a los tratamientos.

El otro **factor etiopatogénico** que se debe evitar es la **transmisión del Virus del Papiloma Humano**. Las medidas para su prevención actualmente son la utilización de métodos anticonceptivos de barrera, así como la vacunación que actualmente está recomendada en niños y niñas a los 11-12 años.



#### Abordaje con el sistema Robótico da Vinci

#### 6. ¿Cuáles son los beneficios para el paciente de ser intervenido con esta cirugía mínimamente invasiva? ¿Afectan posteriormente a la calidad de vida del paciente?

La **cirugía mínimamente invasiva transoral asistida con el sistema robótico da Vinci** evita el abordaje quirúrgico a la vía aerodigestiva alta. Esto significa que, anteriormente, para llegar al interior de la boca-faringe-laringe requeríamos incisiones externas que nos permitiesen abrir tejidos como la mandíbula, el suelo de la boca, el cuello o el esqueleto externo de la laringe para llegar a la zona problema. Esto implica una gran inflamación en una zona clave para tragar y respirar, por esta razón los abordajes externos se acompañan en su mayoría de traqueostomía y sonda nasogástrica para alimentación hasta que disminuye esta inflamación. Además de grandes cicatrices en zona estéticamente sensibles, o funcionalmente comprometidas.

Por esta razón, el principal beneficio que nos ha aportado esta tecnología ha sido la **disminución de la necesidad de traqueostomias**, una mejoría en la deglución posterior a las cirugías y también de forma definitiva además de una mejoría estética. Todo esto se acompaña

de una menor necesidad de ingreso hospitalario y complicaciones postoperatorias disminuyendo los costes asociados al tratamiento.

Otro beneficio del sistema robótico da Vinci, es la cirugía de precisión por el sistema óptico de que dispone, que nos permite **conservar mejor las estructuras nerviosas de la zona**. Este hecho también contribuye a una mejor calidad de vida posterior al mejorar la deglución y sensibilidad de la zona al respecto de los abordajes quirúrgicos previos.

#### 7. ¿Y los beneficios que proporciona al cirujano el hacer uso del sistema robótico da Vinci?

La **ergonomía y posición del cirujano** es mejor que en la cirugía convencional por estar situado en una consola a distancia que se adapta a las características físicas del cirujano.

#### 8. ¿Qué experiencia tiene vuestro Centro en el tratamiento con abordaje robótico de estas patologías?

Actualmente tenemos una experiencia de **4 años de utilización** del sistema robótico da Vinci para cirugía mínimamente invasiva de cabeza y cuello, acumulando **más de 200 casos** con resultados muy satisfactorios en esta indicación.

Realizamos cirugías de tumores situados en toda la vía aerodigestiva (orofaringe, laringe, hipofaringe), en espacios adyacentes como la zona parafaríngea y base de cráneo, y también por lesiones cervicales (adenopatías, tumores cuello).

#### 9. ¿En qué consiste la operación y cuánto dura de media la cirugía?

La operación consiste en la colocación de un dispositivo para abrir la boca del paciente que nos permite la introducción de los brazos del sistema robótico da Vinci a través de la misma. Habitualmente se introducen tres brazos, uno que contiene la cámara y dos con instrumentos. Cada vez que se alcanza la vía aerodigestiva se llega a la zona problema y se realiza la resección tumoral con márgenes de seguridad, separando el tumor de las estructuras vasculares y nerviosas periféricas al mismo. Posteriormente se cierra la zona, o se reconstruye si es necesario, o de forma más frecuente se deja el defecto creado a curar por segunda intención.

La cirugía dura de media **1 hora** que se divide en la colocación de abre bocas, entrada y setup del sistema robótico da Vinci y resección. Pese a esto, el tiempo es muy variable en base al tipo, dificultad de resección y necesidad de reconstrucción habiendo cirugías que duran unas 6-8 horas.

#### 10. ¿Cómo ve usted el futuro de la cirugía robótica para el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello?

El futuro de la cirugía de cabeza y cuello sin lugar a dudas pasa por el refinamiento de los abordajes mínimamente invasivos de los que actualmente la cirugía robótica es el máximo exponente. A mi parecer, el sistema debe mejorar y refinarse a nivel de **instrumentación**. La actual deriva de cirugías en cavidades mayores, y nosotros trabajamos en un lugar donde en pocos milímetros tenemos todas las estructuras problema y el continente donde abocamos los instrumentos apenas mide unos pocos centímetros cúbicos.

Otra vía de futuro es la **cirugía basada en la imagen**, actualmente la cirugía mínimamente invasiva cada vez requiere de mayor soporte de imagen intraoperatoria para mantener la seguridad y efectividad quirúrgica pese al mínimo abordaje. Creo que este tipo de sistemas se deberán adaptar a la cirugía robótica para lograr una interacción continua quirúrgica que ayude en el guiado al cirujano.