

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: [http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=260&Itemid=242](http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242)

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

## XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

### Título:

ESTUDIO MULTICÉNTRICO ANDALUZ SOBRE CIRUGÍA ROBÓTICA, LAPAROSCOPICA Y ABIERTA EN CANCER DE PROSTATA.

AUTORES: Conde Sanchez JM, Torrubia Romero FJ, Medina López RA.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

### Introducción:

El reciente crecimiento de las técnicas de telemanipulación robótica conlleva un aumento del interés tanto por parte de los gestores sanitarios como de los cirujanos. Sin embargo, no se han realizado suficientes estudios que aporten una evidencia sólida en una tecnología tan prometedora como ésta, y con un desarrollo tecnológico tan rápido. Por ello, se hace necesario un estudio de resultados en salud que permita la generación de dicha evidencia, sin retrasar su incorporación pero evitando su uso incontrolado. Igualmente, se hace especialmente relevante la evaluación de los aspectos relacionados con la seguridad y la definición de los procedimientos que más se beneficiarían de su aplicación.

### Material y método:

Presentamos los resultados del Estudio Multicéntrico Andaluz de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía. Se trata de un estudio observacional prospectivo no aleatorizado con grupo control a partir de la población intervenida en centros hospitalarios del Sistema Sanitario Público Andaluz en el periodo 2007 - 2010. Han cumplido los criterios de inclusión 162 cirugías robóticas, 126 cirugías laparoscópicas y 61 cirugías abiertas (349 registros). Se analiza edad, PSA, estadiaje, Gleason y volumen de la próstata, IPSS, IIEF, ICIQ, SF36, flujometría pre y post tratamiento, anatomía patológica de la pieza, márgenes quirúrgicos, PSA nadir, PSA de progresión, supervivencia global y libre de enfermedad, así como curva de aprendizaje.

### Resultados:

Los grupos analizados han sido muy homogéneos no mostrando diferencias significativas en edad (64 años), PSA (6,6), estadio al diagnóstico (predominantemente T1c), grado de Gleason (predominantemente 6), IPSS, IIEF, SF 36 ni comorbilidad de Charlson o ASA. La estancia postoperatoria fue significativamente menor en la cirugía laparoscópica. Como era de esperar, el dolor postoperatorio fue significativamente superior en la cirugía abierta con una mediana de 5. No han existido diferencias en el tiempo de sondaje ni en complicaciones intra o postoperatorias. Tampoco han existido diferencias en el tiempo de incorporación social / actividades habituales. La pérdida hemática es menor en los procedimientos robótico y laparoscópico. La necesidad de transfundir en cirugía abierta es claramente superior (18%), comparado con la robótica (9%) y laparoscópica (3%). El impacto del procedimiento (robótico, laparoscópico o abierto) sobre la calidad de vida es bajo, y se normaliza a los tres meses. El impacto del procedimiento (robótico, laparoscópico o abierto) sobre la potencia sexual es muy importante. La recuperación es mejor tras las técnicas robótica (30%) y laparoscópica (40%), que tras la cirugía abierta (0%), aunque dicha

recuperación es muy lenta (12 meses). El impacto del procedimiento (robótico, laparoscópico o abierto) sobre la continencia es muy importante. La recuperación es muy llamativa al año (90% tras robótica y laparoscópica y 80% tras cirugía abierta). Esta recuperación se inicia antes tras cirugía abierta. No existen diferencias entre el PSA pre y postoperatorio, ni las remisiones completas al primer mes, ni al tercer mes, ni las progresiones bioquímicas entre los grupos analizados (9-10% con un seguimiento mediano de 15 meses). En cuanto a la evaluación de los márgenes quirúrgicos, no hemos encontrado diferencias significativas (22 % para la robótica, 24 % para la laparoscópica y 29 % para la abierta). Respecto a la localización, parece existir una mayor tendencia a márgenes positivos en el ápex en la técnica laparoscópica frente a las otras técnicas (92 % de los márgenes son apicales en la laparoscópica frente al 71 % en la abierta y al 48 % en la robótica). En cuanto al análisis de la curva de aprendizaje de la técnica robótica, éste ha sido más rápido en el grupo con experiencia previa en cirugía laparoscópica.

#### Conclusiones:

Los resultados del Estudio Multicéntrico Andaluz no permiten concluir que la cirugía robótica sea mejor que las otras técnicas desde el punto de vista funcional u oncológico.

El dolor postoperatorio es claramente inferior en los procedimientos robótico y laparoscópico.

La pérdida hemática es menor en los procedimientos robótico y laparoscópico. La necesidad de transfundir en cirugía abierta es claramente superior (18%), comparado con la robótica (9%) y laparoscópica (3%).

El impacto del procedimiento (robótico, laparoscópico o abierto) sobre la calidad de vida es bajo, y se normaliza a los tres meses.

El impacto del procedimiento (robótico, laparoscópico o abierto) sobre la potencia sexual es muy importante. La recuperación es mejor tras las técnicas robótica (30%) y laparoscópica (40%), que tras la cirugía abierta (0%), aunque dicha recuperación es muy lenta (12 meses).

El impacto del procedimiento (robótico, laparoscópico o abierto) sobre la continencia es muy importante. La recuperación es muy llamativa al año (90% tras robótica y laparoscópica y 80% tras cirugía abierta). Esta recuperación se inicia antes tras cirugía abierta.

El aprendizaje de la técnica robótica es más rápido en el grupo con experiencia previa en cirugía laparoscópica.