

ENTREVISTA A A. PIGAZZI.

(City of Hope, LA, USA)

R. Jiménez Rodríguez

En los meses de enero y febrero de 2009, tuve la oportunidad de visitar el Hospital City of Hope (Duarte, California), donde gracias al Dr. García Aguilar, Jefe del Departamento de Cirugía, conocí al Dr. Alessio Pigazzi, Jefe de la Unidad de Cirugía de Mínima Invasión, quien está especialmente comprometido con la cirugía robótica y es uno de los cirujanos con más publicaciones en el campo de la cirugía robótica digestiva. Como resultado de esta visita, el Dr. Pigazzi vino a Sevilla el pasado mes de mayo y esta relación de amistad nos ha proporcionado la oportunidad de entrevistarle para aprender de su experiencia.

R.M.J. Tras obtener tu Licenciatura y Doctorado en Medicina en la Universidad de Boston, realizaste la residencia de Cirugía en el New York Presbyterian Hospital y después hiciste un fellowship en cirugía bariátrica y robótica en New Jersey. ¿Por qué decidiste formarte en cirugía asistida por robot?

A.P. Me interesé en la cirugía robótica durante mi año en New Jersey con Garth Ballantyne, que estaba haciendo algunos procedimientos seleccionados de cirugía general con el robot. Posteriormente, tuve la oportunidad de pasar algún tiempo con Piero Giulianotti en Italia y vi algunas aplicaciones altamente sofisticadas de la cirugía robótica en oncología. Esto me estimuló a hacer más hasta que llegué a mi posición en el City of Hope en 2004.

R.M.J. En 2001, la FDA aprobó el uso clínico del sistema Da Vinci para procedimientos de cirugía digestiva. Ocho años después, ¿cómo se desarrolla la cirugía robótica en los grandes hospitales americanos?

A.P. En la mayoría de los centros grandes, la cirugía robótica se ha convertido en el abordaje estándar para la prostatectomía radical. También hay un uso creciente en cirugía ginecológica. En cirugía general solo unos pocos centros realizan rutinariamente procedimientos robóticos. La mayor parte del interés está en torno a la cirugía robótica rectal, de la cual fuimos pioneros hace cinco años.

R.M.J. Piensas que la cirugía digestiva podría llegar a obtener importante beneficio

clínico de la robótica, como ocurre hoy día con la urología o con la ginecología?

A.P. Dada la prevalencia de la enfermedad y lo adecuado de sus aplicaciones robóticas, no hay duda de que la prostatectomía robótica va a ser el procedimiento robótico más frecuente durante los próximos años. Pero yo pienso que otras aplicaciones ganarán tremendamente con la tecnología robótica a lo largo del tiempo.

R.M.J. ¿Por qué utilizas el robot Da Vinci sobre todo en la extirpación del cáncer de recto? ¿Qué opinas de otras aplicaciones en cirugía colorectal, como el sigma, la hemicolectomía derecha o la patología benigna?

A.P. Hemos encontrado los mayores beneficios de la robótica cuando nos enfrentamos al cáncer de recto, sobretudo porque la visualización y la retracción son superiores a lo que se consigue con la laparoscopia convencional en los tumores de recto medio y bajo. Realizamos algunas colectomías segmentarias con el robot pero francamente yo no veo una gran ventaja ahí. Estamos muy cómodos con la resección laparoscópica del colon y representa nuestra técnica de elección para cualquier tumor por encima de 10 centímetros.

R.M.J. ¿Cuales son los procedimientos robóticos más frecuentes en tu institución?

A.P. Todas las resecciones rectales que precisan de excisión mesorrectal total y las gastrectomías que requieren linfadenectomías extensas son nuestros usos más frecuentes del robot.

R.M.J. En el cáncer de recto utilizas laparoscopia convencional para movilizar el ángulo esplénico. Del mismo modo, sueles comenzar la gastrectomía oncológica mediante laparoscopia tradicional, ¿cuáles son las ventajas de estos procedimientos híbridos?

A.P. La mayor ventaja es que utilizando laparoscopia convencional podemos aprovechar la gravedad moviendo la mesa de posición de Trendelenburg a anti-Trendelenburg, de acuerdo con las necesidades. Con el robot no se puede mover al paciente, y esta ventaja se pierde. Así que pienso que la operación híbrida acaba siendo realmente más fácil que la totalmente robótica. Es por eso que creo que es importante ser cirujanos laparoscópicos bien formados antes de empezar a realizar procedimientos robóticos.

R.M.J. ¿Realizas todavía alguna excisión mesorrectal total abierta? ¿Y por laparoscopia tradicional (no robótica)?

A.P. Sí. Suelo realizar cirugía abierta en casos de cáncer recurrente o tumores que requieran exenteración pélvica. Realizo TME laparoscópico si el robot no está disponible (lo que ocurre raras veces) o si se trata de una mujer con BMI bajo y un tumor mayor de 9-10 cm.

R.M.J. ¿Seleccionas de algún modo los pacientes para cualquier procedimiento robótico?

A.P. No. Nunca hemos seleccionado los pacientes y hemos operado BMIs tan altos como 44 y pacientes con grandes cirugías abdominales previas.

R.M.J. En 2008 se publicó un documento de consenso (MIRA-SAGES) que establecía los requisitos que debe cumplir un cirujano para ser poder manejar un sistema robótico.

¿Qué opinas sobre la formación de los cirujanos robóticos?

A.P. Creo que una buena formación –igual que para cualquier otra técnica nueva- es muy importante. Demasiados cirujanos piensan que el robot lo hace todo solo y nada más lejos de la realidad. En primer lugar, el cirujano debería saber hacer la operación abierta muy bien. En segundo lugar, él o ella debería ser un cirujano laparoscópico experimentado porque las técnicas laparoscópicas son fundamentales en la mayoría de las intervenciones de cirugía general. Este requisito puede cambiar a medida que estén disponibles robots nuevos y mejores, pero en este momento pocos cirujanos laparoscópicos inexpertos podrán ser

cirujanos robóticos muy eficaces en cirugía general y oncológica.

R.M.J. ¿Recibiste entrenamiento en cirugía laparoscópica antes de utilizar el robot?

A.P. Realicé unas 500 intervenciones de cirugía laparoscópica avanzada antes de empezar a realizar operaciones robóticas avanzadas.

R.M.J. Sabemos que en tu Hospital no hay residentes, pero hay “fellows” en el Departamento de Cirugía, cuando empiezan a formarse en cirugía robótica? ¿Realizan cursos específicos?

A.P. Todos nuestros fellows hacen el entrenamiento básico en cirugía robótica y la transición de ayudantes a cirujanos robóticos a lo largo de sus dos años de formación dependiendo de su interés y de su habilidad individuales.

R.M.J. Con respecto a la cirugía NOTES y MA-NOS, ¿crees que la cirugía robótica puede contribuir al desarrollo de estos nuevos abordajes?

A.P. Sí, los nuevos robots indudablemente ayudarán a hacer la cirugía por orificios naturales una realidad en el futuro.

R.M.J. Probablemente uno de los mayores inconvenientes del sistema Da Vinci es su coste. En tu opinión, está justificado asumir este alto coste para aplicar técnicas robóticas a cualquier procedimiento, aunque sus ventajas clínicas no hayan sido demostradas?

A.P. Es difícil justificar costes adicionales sin probar beneficios. Es la razón por la que deben realizarse estudios rigurosos.

R.M.J. Piensas que más competitividad comercial para romper el actual monopolio de la industria de la cirugía robótica podría contribuir a reducir costes?

A.P. La competitividad siempre es buena.

R.M.J. ¿Cómo ves el futuro de la cirugía robótica? ¿Podremos los cirujanos colaborar con la industria y con la ingeniería para desarrollar sistema robóticos mejores?

A.P. Creo que el futuro nos traerá cada vez más procedimientos robóticos a medida que los robots sean más sencillos y más baratos. Los robots actuales se desarrollaron con el empuje de los cirujanos y este papel continuará en el futuro.

R.M.J. Agradecemos sinceramente al Dr. Pigazzi su colaboración con SECLAEndosurgery, y esperamos que su experiencia y opiniones sean de interés para todos nuestros lectores.



