



En 10 preguntas

Dr. Miguel Sánchez Encinas

Jefe del Servicio de Urología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en Móstoles

«Estamos detectando más cánceres de próstata en una población mayor»

Belén Tobalina. MADRID

1. Se estima que el cáncer de próstata será el tumor más frecuente diagnosticado en 2026 en hombres. Pero mientras descenden en hombres los casos de cáncer colorrectal y pulmón, los de vejiga urinaria y próstata aumentan. ¿A qué se debe?

Hay varias razones. La primera es demográfica: vivimos más años y tanto el cáncer de próstata como el de vejiga son tumores muy ligados a la edad. La segunda es diagnóstica: hoy detectamos más y mejor. Y la tercera es epidemiológica: en vejiga sigue pesando mucho el tabaquismo, incluso el consumo de décadas previas. En próstata, además, estamos viendo más diagnósticos porque el varón empieza, aunque todavía tarde, a consultar más. No es que todos los tumores sean más agresivos, sino que estamos diagnosticando más casos en una población más envejecida.

2. ¿A qué edad los hombres de-

berían hacerse una revisión?

Como regla general, a partir de los 50 años. Pero si hay antecedentes familiares de cáncer de próstata, especialmente padre o hermano, o factores de riesgo, conviene adelantar la primera valoración a los 45 años. La revisión urológica no debe limitarse a valorar síntomas urinarios o una cifra de PSA. Para muchos hombres, que consultan poco al médico, el urólogo puede ser una puerta de entrada a una valoración más amplia de salud masculina: próstata, función sexual, testosterona, antecedentes y estilo de vida, pero también factores cardiometabólicos como colesterol, glucosa, peso y riesgo cardiovascular. Si todo es normal, la periodicidad puede ser anual o cada dos años, según cada caso.

3. ¿Y acuden?

No tenemos un registro nacional perfecto, pero los datos disponibles muestran que seguimos lejos de lo deseable. Algunas encuestas sitúan en torno al 40% los hombres mayores de 45 años que acuden al

urólogo al menos una vez al año, y otras estimaciones señalan que solo la mitad de los mayores de 50 se revisan regularmente. Es decir, aún existe una brecha clara entre la importancia del problema y la conducta preventiva real.

4. ¿Qué es una prostectomía radical?

Es una intervención quirúrgica en la que se extirpa toda la próstata y las vesículas seminales, y en algunos casos también los ganglios linfáticos de la pelvis. Se realiza principalmente para tratar un cáncer de próstata localizado o local-

mente avanzado seleccionado. El objetivo es doble: curar el cáncer cuando todavía está dentro de un escenario potencialmente curativo y preservar, en la medida de lo posible, la continencia urinaria y la función sexual.

5. ¿En qué casos se aconseja?

Se recomienda en pacientes con cáncer de próstata localizado o localmente avanzado, sobre todo cuando tienen una expectativa de vida razonable, habitualmente superior a 10 años, y cuando el perfil del tumor justifica un tratamiento con intención curativa. No todos los cánceres de próstata se operan: algunos de bajo riesgo pueden vigilarse de forma activa. La cirugía suele tener más peso en tumores de riesgo intermedio o alto, o en pacientes jóvenes y sanos en los que buscamos una solución oncológica completa.

6. Cirugía abierta, laparoscopia y ahora cirugía a doble consola. ¿En qué consiste?

La doble consola permite que dos



La doble consola mejora la supervisión, la seguridad y la formación»

cirujanos trabajen conectados al mismo robot quirúrgico. Uno realiza la intervención y el otro puede observar con la misma visión tridimensional, señalar, guiar e incluso asumir el control de los instrumentos si es necesario. Es como tener a un cirujano experto sentado al lado, pero en el mismo entorno robótico. Esto tiene un enorme valor en cirugía compleja y también en formación avanzada, porque permite enseñar sin comprometer la seguridad del paciente.

7. ¿Qué ventajas tiene frente a otros métodos?

La cirugía robótica aporta visión tridimensional, aumento de la imagen por 10, instrumentos articulados y una precisión muy superior a la cirugía convencional. Frente a la laparoscopia clásica, el robot facilita movimientos más naturales y sin temblor, especialmente en espacios anatómicos estrechos como la pelvis. La doble consola añade una ventaja adicional: mejora la supervisión, la transmisión de experiencia y la seguridad en casos complejos. No sustituye al cirujano, potencia su capacidad técnica.

8. ¿Qué tal es el postoperatorio tras esta técnica?

Cuando se realiza en centros con experiencia, la cirugía robótica suele asociarse a menor sangrado, menor dolor, incisiones más pequeñas, recuperación más rápida y estancias hospitalarias más cortas. En prostatectomía radical, además, buscamos preservar estructuras muy delicadas relacionadas con la continencia y la función eréctil.

9. ¿Sois los primeros?

En nuestro caso, lo relevante no es solo disponer de la tecnología, sino haberla integrado en un programa quirúrgico maduro en un hospital público con dos sistemas Da Vinci Xi y un Da Vinci 5, de alto volumen y casos complejos. No se trata únicamente de tener una doble consola, sino de usarla con criterio.

10. ¿En qué otras especialidades podría utilizarse la cirugía a doble consola?

Tiene aplicación en ginecología, cirugía general y digestiva, cirugía torácica, y determinadas cirugías reconstructivas.

Su utilidad es especialmente clara en procedimientos complejos, en centros docentes y en programas donde se quiere formar a cirujanos sin perder seguridad. La doble consola representa algo muy importante: tecnología al servicio de la experiencia, la formación y el paciente.



ALBERTO R. ROLDÁN