LA RAZÓN ATUSALUD
La Razón -A tu Salud
España
08/11/26
Pr: Semanal (Domingo)
Tirada: 75.013
Dif: 51.585
Cod: 18720577
Pagina: 14
Secc: OTROS Valor: 43.783,40 € Area (cm2): 782,1 Ocupac: 94,88 % Doc: 1/1 Autor: María Bariego. MADRID Num. Lec: 133000

GONZALO PÉREZ



En 10 preguntas

Dr. Javier Flandes Jefe asociado del Servicio de Neumología de la Fundación Jiménez Díaz, en Madrid, y director de su Unidad de Broncoscopias y Neumología Intervencionista

«La broncoscopia robótica mejora el acceso a lesiones pulmonares»

María Bariego. MADRID

1. El Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz ha ampliado su cartera de servicios con el primer robot de Madrid para la realización de broncoscopias. ¿En qué consiste esta técnica?
En introducir un tubo fino a través de la garganta para explorar el árbol traqueobronquial y poder acceder a los pulmones para tomar muestras y biopsias. También vale, por ejemplo, para hacer algunos tratamientos como colocar válvulas en algunos pacientes con EPOC.

2. ¿Para qué perfil de pacientes es idóneo?
Son múltiples las indicaciones para realizar una broncoscopia: desde el diagnostico de un cáncer de pulmón hasta el aspirado de secreciones bronquiales en pacientes en la UCI. En muchos casos se realiza una broncoscopia porque el paciente presenta alguna imagen sospechosa en el TAC o la radiografía de tórax que hay que analizar.

3. ¿Qué permite detectar?
La broncoscopia es la mejor técnica para poder obtener muestras pulmonares por lo que podremos diagnosticar neumonías, cáncer pulmonar, tuberculosis, etc. También nos permite colocar prótesis de silicona en tráquea o bronquios cuando están obstruidos... Como ve, se puede hacer de todo en el pulmón con el broncoscopio.

4. ¿Es una prueba complementaria a la tomografía de tórax? ¿Se realizaría la broncoscopia antes o después? ¿Para qué es útil una prueba y para qué la otra?
La tomografía de tórax o TAC normalmente se realiza antes de la broncoscopia porque nos permitirá ver si hay alguna lesión para poder dirigirnos a esa zona y tomar muestras para analizar. El problema del TAC es que es solamente una técnica de imagen y no permite confirmar diagnósticos, cosa que si ocurre con la broncoscopia. Por tanto, con el TAC se evalúa si hay alguna patología en los pulmones y después con la broncoscopia se confirma realmente de qué se trata.

5. ¿Qué porcentaje de pacientes son diagnosticados hoy con cáncer de pulmón de forma precoz y con cáncer avanzado?
El diagnóstico tardío continúa siendo uno de los principales problemas del cáncer de pulmón. Un trabajo reciente del Grupo Español de Cáncer de Pulmón indica que se diagnostica en fases avanzadas el cáncer de pulmón casi en el 60% de los casos y que solamente el 10% en fases muy tempranas.

> **Es la mejor técnica robótica para obtener muestras pulmonares y colocar prótesis en tráquea o bronquios»**

6. ¿Qué supone detectar los nódulos cuando aún son pequeños en términos de supervivencia?
Cuando un nódulo resulta ser un cáncer y es pequeño y localizado, aumentan notablemente las posibilidades de tratamiento curativo. No todos los nódulos pequeños son malignos y la supervivencia depende de múltiples factores.

7. ¿En qué medida la broncoscopia robótica mejora el diagnóstico precoz de este cáncer?
La broncoscopia robótica facilita la obtención de biopsias de lesiones periféricas pequeñas. Hay trabajos que demuestran cómo se puede conseguir el diagnostico de lesiones muy pequeñas, en torno a 1 cm, con gran rentabilidad. En el momento de realizar la broncoscopia robótica se realiza un TAC de tórax portátil integrado para incrementar la precisión y así alcanzar lesiones pequeñas y poder tratar el cáncer pulmonar en fases muy iniciales. Su principal ventaja es que el broncoscopio mejora el acceso a lesiones pulmonares al permitir avanzar con mayor precisión y estabilidad hacia las zonas más periféricas del pulmón. Así localizamos con precisión la lesión y obtenemos muestras de calidad. Esto permite evitar procedimientos más invasivos en pacientes seleccionados.

8. ¿En qué medida está demostrada la rentabilidad del cribado del cáncer de pulmón?
La evidencia internacional indica que el cribado con TAC de baja dosis puede ser coste-efectivo si se dirige a población de alto riesgo y se realiza con protocolos rigurosos. En España está el proyecto «Cassandra» desde noviembre 2023 y busca evaluar la viabilidad y el coste/eficacia del cribado del cáncer pulmonar. En el Hospital Fundación Jiménez Diaz de Madrid está funcionando un programa de cribado de cáncer de pulmón desde 2012. En mi caso concreto, me afecta porque tenemos la suerte de realizar cada vez más broncoscopias en pacientes en fases iniciales con pequeñas lesiones localizadas que antes de iniciar el cribado.

9. ¿Cuál es la población que debe realizar este cribado?
En el proyecto «Cassandra» se realiza un cribado con TAC de baja dosis en personas asintomáticas de alto riesgo con unos criterios de inclusión: edad de 50 a 75 años, exposición al tabaco de al menos 20 paquetes al año y, en exfumadores, haber abandonado el consumo hace menos de 15 años. Un paquete al año equivale a fumar un paquete diario durante un año. El proyecto está en marcha en 16 hospitales y 9 comunidades autónomas y actualmente todavía es un proyecto piloto y no un programa de cribado.

10. ¿Qué cambios van a suponer en la medicina actual poder disponer de la broncoscopia robótica junto con un programa de cribado de cáncer pulmonar?
Estamos ante la posibilidad de cambiar el paradigma del cáncer de pulmón. El cribado con TAC de baja dosis permite detectar lesiones sospechosas en personas de riesgo antes de que aparezcan síntomas. La broncoscopia robótica puede facilitar la confirmación diagnóstica de nódulos pequeños y periféricos. La verdadera oportunidad consiste en combinar ambas estrategias: detectar antes y diagnosticar con precisión, para que más pacientes puedan acceder a tratamientos con intención curativa. El futuro del cáncer de pulmón no pasa únicamente por disponer de mejores tratamientos, sino por llegar antes y con más precisión.