noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA OCTUBRE - DICIEMBRE 2010 NÚMERO 074

Enfisema severo. Un ensayo clínico demuestra la eficacia de un nuevo sistema valvular. 12-14

Corazón. Nuevas técnicas menos invasivas y más eficaces que la cirugía abierta. 20-22

Cáncer de próstata. Avances en la radioterapia con implantes de semillas. 8-10

HOSTAL ABODI

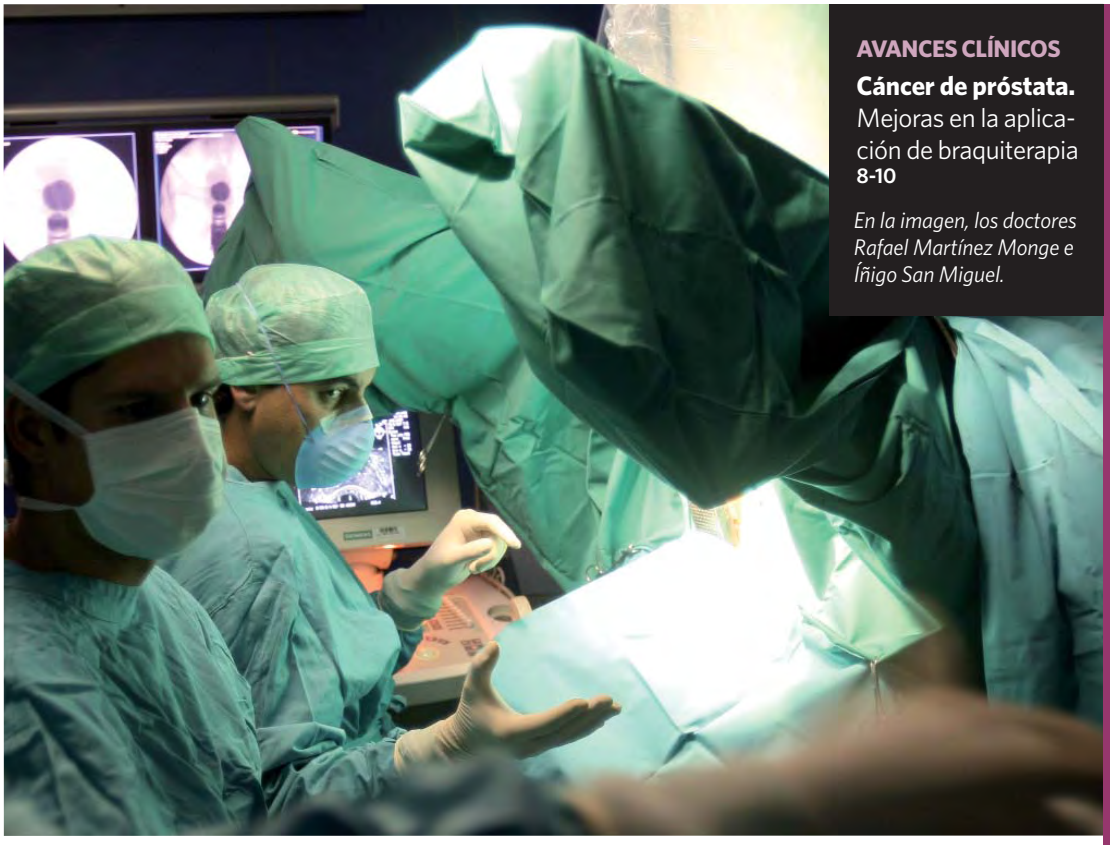
SU CASA JUNTO A LA CLÍNICA

Habitaciones frente a la Clínica Universidad de Navarra.
Trato familiar y personalizado.
Horario de atención de 8.30 a 23.00 horas.
Alquiler de apartamentos.

› Habitaciones con baño completo individual.
› Televisión con antena parabólica en todas las habitaciones.
› Teléfono de uso público.
› Servicio de limpieza diario.
› Cambio de lencería y toallas.

GRUPO HOSTELET
ALOJAMIENTOS

Información y recepción
Travesía de Acella 2, bajo
31008, Pamplona
T. 948 272 975
www.hostelet.com
info@hostelet.com



AVANCES CLÍNICOS
Cáncer de próstata. Mejoras en la aplicación de braquiterapia **8-10**

En la imagen, los doctores Rafael Martínez Monge e Íñigo San Miguel.

074
Oct-Dic 2010

Tumores cerebrales Un estudio avala el uso del microscopio fluorescente para lograr extirpaciones casi completas. **4-7**
Enfisema severo Un ensayo clínico demuestra la eficacia de un nuevo sistema de válvulas. **12-14**
Melanoma Nuevos fármacos eficaces en el plazo aproximado de un año. **16-18**
Heart Port Un tercio de las cirugías cardiacas pueden beneficiarse de esta técnica de mínima agresión. **20-22**
Vávula aórtica La colocación de estos dispositivos, sin cirugía abierta. **24-26**
Cáncer gástrico Combinación de quimio y radioterapia antes de la cirugía, más eficaz. **28-29**
Historias de la Clínica El doctor Alberto Lafuente cuenta su experiencia en Pakistán. **30-33**
Actualidad Las noticias de la Clínica. **34-35**
Libros & Webs Recomendaciones para estar bien informado en temas de salud. **36-37**
Firma Invitada. El doctor Salvador Martín Algarra y la prevención del melanoma. **38**

EDITORIAL

El futuro de las enfermedades cardiovasculares

LA CARDIOLOGÍA ha experimentado una notable evolución en las últimas décadas y, sin perder su carácter clínico, se ha convertido cada vez más en una especialidad intervencionista. Hasta tal punto es así que en el año 2009 se realizaron en España más de 60.000 intervenciones percutáneas de diferentes tipos. Los tratamientos son cada vez más eficaces, mínimamente invasivos y altamente reproducibles.

El gran despunte de la cirugía vascular es atribuible no solamente a un incremento en la prevalencia de la enfermedad arterial periférica sino también a la adopción de técnicas endovasculares, hasta el punto de que entre 2001 y 2007 en Estados Unidos se produjo un incremento del 400% en el número de procedimientos endovasculares percutáneos por parte de cirujanos vasculares.

La cirugía cardiaca tampoco está desprovista de profundos avances clínicos. En los últimos años se han desarrollado un gran número de refinamientos técnicos (pontaje aortocoronario mini-invasivo o el bypass totalmente endoscópico) diseñados para minimizar potenciales complicaciones y para disminuir el grado de invasividad de los procedimientos.

La evolución del tratamiento de las enfermedades cardiovasculares está claramente definida en la historia de la medicina mediante el camino trazado ya desde finales del siglo XX por dos especialidades, una quirúrgica y otra médica, que no sólo se acercan sino que progresivamente se complementan partiendo aparentemente de concepciones diametralmente opuestas.

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 74. Cuarto trimestre 2010. Director General: José Andrés Gómez Cantero. **Director Médico:** Dr. Nicolás García González. **Director de Comunicación:** Jesús Zorrilla (jzorrilla@unav.es). **Redacción:** Mónica Ruiz de la Cuesta (mrdelacuesta@unav.es) y Javier Irurtia. *Libros y webs:* Dra. Isabel Morales. **Infografía:** Heber Longás y Covadonga F. Esteban. **Fotografía:** Manuel Castells (fotos@unav.es) y EFE (pags. 30-33). **Diseño:** Errea Comunicación. **Secretaria de Redacción:** Amaia Zaratiegui (noticiascun@unav.es) 948 296 497. **Impresión:** Castuera. **Edita:** Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. **Depósito Legal:** NA-1200/1996. **ISSN:** 1139-8157.
CONTACTO. **Pamplona.** Avenida Pío XII 36, 31008 Pamplona. T 948 255 400. **Madrid:** Calle General López Pozas 10, 28036 Madrid. T 91 353 19 20.
Página web: www.cun.es **Correo electrónico:** atpacientecun@unav.es

AVANCES CLÍNICOS

El microscopio fluorescente logra extirpar todo el tumor en el 83% de los glioblastomas operados

El *Journal of Neuro-Ongology* ha publicado los resultados de una serie de pacientes intervenidos por neurocirujanos de la Clínica de este tumor cerebral

CUN ■ La utilización quirúrgica del microscopio de fluorescencia ha conseguido una extirpación media del 99% del volumen tumoral de todos los glioblastomas operados, en una serie de 36 pacientes no seleccionados, intervenidos y estudiados por especialistas de la Clínica Universidad de Navarra. El glioblastoma es uno de los tumores cerebrales más agresivos. La eliminación completa del tumor visible en resonancia magnética, del cien por cien de la masa tumoral, se consiguió en el 83% de los casos.

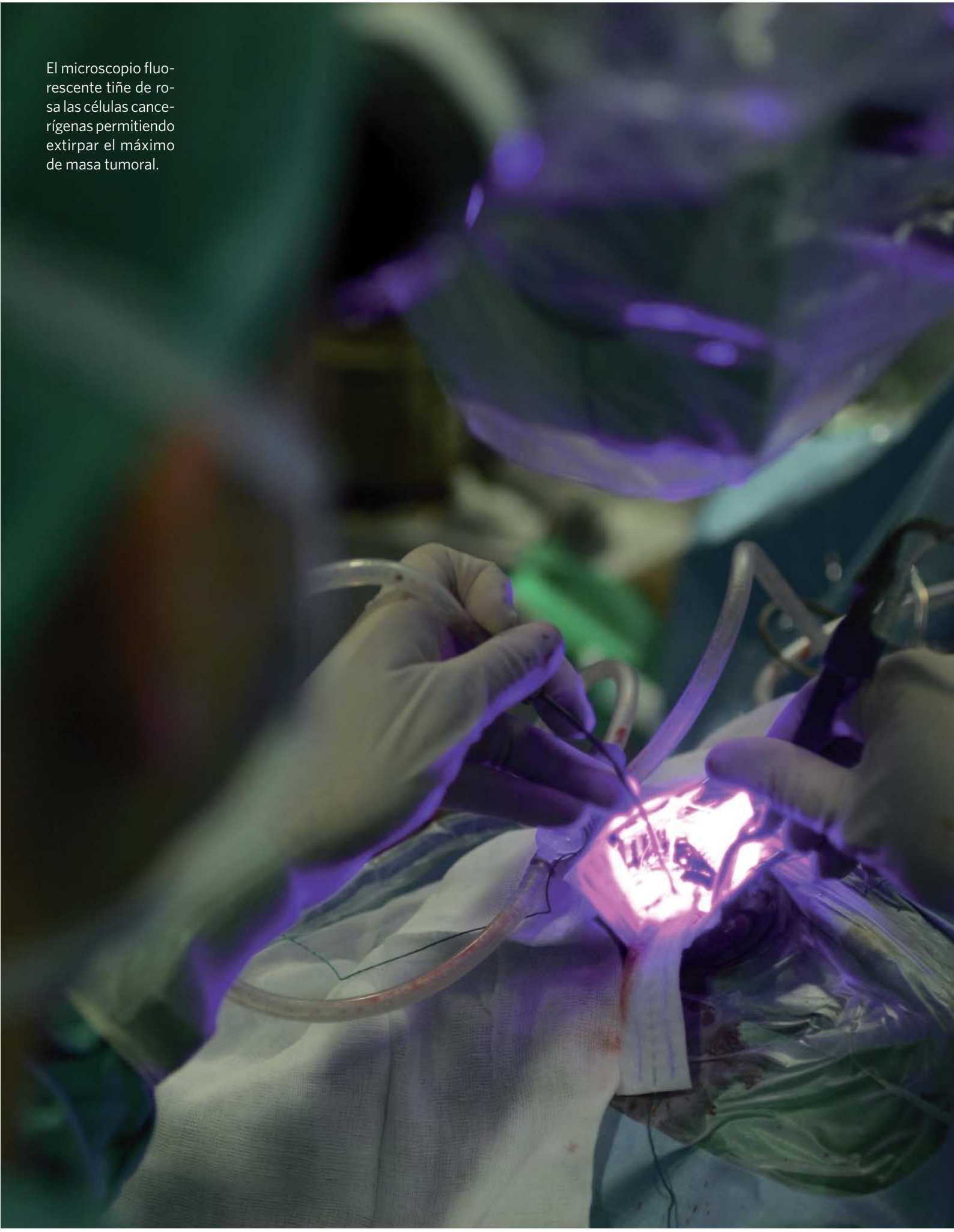
Los resultados del trabajo han sido publicados recientemente en la revista especializada internacional Journal of Neuro-Ongology. Se trata de la serie de pacientes diagnosticados de glioblastoma con mayor volumen medio de extirpación, publicada en la literatura científica mundial. La extirpación se ha acompañado de un detallado estudio patológico de los casos que puede permitir conocer mejor esta difícil enfermedad. Los especialistas de la Clínica que han participado en la investigación son los doctores Ricardo Díez Valle y Sonia Tejada, de Neurocirugía; Miguel Angel Idoate, de Anatomía Patológica; Reyes García de Eulate y Pablo Domínguez, de Radiología; Jaime Espinós, de Oncología Médica y Javier Aristu, de Oncología Radioterápica.

Los pacientes con extirpaciones completas presentan menos complicaciones y mayores beneficios con la radioterapia y la quimioterapia

Se trata de la serie de pacientes con glioblastoma de mayor volumen medio de extirpación, publicada en la literatura científica mundial.

Según explica el doctor Díez Valle, autor principal del artículo, "el glioblastoma es un tumor que, desgraciadamente, no se cura sólo mediante la cirugía. Pero lo que sí sabemos es que su extirpación completa es el primer paso para que el tratamiento con quimioterapia y radioterapia sea más eficaz y se tolere mejor". De hecho, la experiencia clínica revela que "los pacientes con extirpaciones completas son los que presentan menos complicaciones en la radioterapia y los que obtienen

PASA A LA PÁG. 6 >>



El microscopio fluorescente tiñe de rosa las células cancerígenas permitiendo extirpar el máximo de masa tumoral.

MICROSCOPIO FLUORESCENTE

El microscopio consigue hacer visibles los tumores cerebrales para que el cirujano pueda extirparlos con mayor precisión

Brazo del microscopio
Está contrapesado en todo momento y se mantiene fijo por unos cierres electromagnéticos

Altura: **2,06 m**

Pantalla LCD
El equipo puede visualizar la operación

Tirador

Soporte

Pie giratorio

Ruedas

Pedal para bloquear y desbloquear las ruedas

Bloqueo de las ruedas

Cabezal
Contiene los mandos y el sistema óptico para ver el tumor

CABEZAL DEL MICROSCOPIO

El sistema lleva incorporada cámara de fotos y de vídeo

MANDO A (botones

Enfoque

Oculares para el cirujano principal **25 aumentos**

Luz fluorescente

Grabar vídeo

Mando automático

Objetivo

Soporte para láser de cirujía

Luz

BASES DE LA TÉCNICA

1: El paciente ingiere una sustancia que es absorbida por las celulas que se dividen (en el cerebro, sólo las tumorales).

2: Cuando se está operando, se enciende una luz ultravioleta.

3: La sustancia ingerida es fluorescente: **las células tumorales brillan en rosa**

Azul: células sanas

<<VIENE DE LA PÁG.4

mayor beneficio de la quimioterapia, por lo que ganan en mayor supervivencia y en mejor calidad de vida", advierte el especialista.

BENEFICIO MÁXIMO EN TODOS LOS CASOS. Según los resultados obtenidos por el equipo de la Clínica, el índice de extirpaciones visibles se sitúa en el 83% de los tumores, aunque en el cien por cien de los casos se consigue eliminar un volumen superior al 98%. "Se ha comprobado que en pacientes en los que la extirpación no es completa, pero es próxima al cien por cien del tumor, la eficacia del tratamiento es prácticamente la misma que en los que se ha obtenido la eliminación total del tumor. Esto ocurre en los pacientes en los que se consigue resecar el 98 o el 99% de la masa tumoral. Por eso podemos decir que todos nuestros pacientes han entrado en la categoría de beneficio máximo", explica el neurocirujano.

LA CIFRA

99%

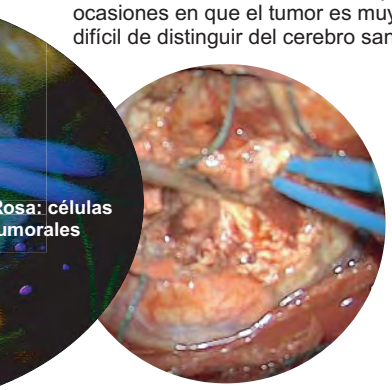
La práctica totalidad del **volumen tumoral** se consigue extirpar gracias a la utilización del microscopio de fluorescencia.

ENSAYO CLÍNICO CON VACUNAS PERSONALIZADAS. Actualmente, la obtención de una extirpación quirúrgica casi completa de este tumor permite

El doctor Díez Valle durante una operación con el microscopio fluorescente.

z ultravioleta

Sin el uso de la fluorescencia hay ocasiones en que el tumor es muy difícil de distinguir del cerebro sano.



Misma imagen, con luz normal

participar en un ensayo clínico a los pacientes diagnosticados de un glioblastoma. El trabajo de investigación, desarrollado por un equipo de especialistas de la Clínica Universidad de Navarra, tiene el objetivo de probar la eficacia de vacunas celulares personalizadas contra este tumor cerebral. Se trata de un tratamiento de inmunoterapia consistente en la aplicación de un fármaco producido con células sanas y del tumor del propio paciente.

El ensayo, que continúa abierto y se aplicará en una muestra de 37 pacientes, está impulsado y desarrollado por las áreas de Neuro-Oncología y de Terapia Celular de la Clínica Universidad de Navarra, en colaboración con el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra, a través del Instituto Científico y Tecnológico (ICT) de esta institución. La Clínica es actualmente el único hospital español que desarrolla una investigación de estas características.

La nueva terapia se administra a los pacientes, combinada con el tratamiento convencional consistente en la extirpación quirúrgica del tumor seguida de la administración de radioterapia y quimioterapia con temozolomida.

Los pacientes candidatos deben cumplir con el requisito de estar recién diagnosticados de la enfermedad o de tener sospecha de sufrirla. Asimismo es condición indispensable que no hayan sido sometidos con anterioridad a ningún tipo de tratamiento contra el glioblastoma.

[+] MÁS INFORMACIÓN
Journal of Neuro-Oncology.
DOI: 10.1007/s11060-010-0296-4

De izquierda a derecha, los doctores Pablo Domínguez (Radiología), José Javier Aristu (Oncología Radioterápica), Sonia Tejada y Ricardo Díez Valle (ambos de Neurocirugía), Reyes García de Eulate (Radiología) y Miguel Angel Idoate (Anatomía Patológica).

AVANCES CLÍNICOS

Mejoras en la radioterapia con implante de semillas benefician los resultados en cáncer de próstata

Asegurar la dosis óptima de **braquiterapia** el mismo día del implante puede predecir el control de la enfermedad en cerca del 95% de los casos

CUN ■ Asegurar la dosis de radiación óptima el mismo día del implante de la braquiterapia en el tratamiento de cáncer de próstata logra controlar la enfermedad en cerca del 95% de los casos. Así lo apunta un estudio realizado en la Clínica que ha sido publicado en el número de junio de *Brachytherapy*, revista de la Sociedad Americana de Braquiterapia.

Como se sabe, la braquiterapia es un tratamiento radioterápico que consiste en la colocación de fuentes radiactivas dentro del tumor o próximas a éste.

Esta investigación ha analizado, entre 2000 y 2006, los casos de 220 pacientes que padecían cáncer de próstata de bajo riesgo y que han sido tratados con braquiterapia de semillas de yodo 125. "Hemos tratado de averiguar qué parámetros influyen en la curación de estos pacientes. En el caso del cáncer de próstata es necesario un periodo de observación largo para obtener resultados, porque es una enfermedad que puede presentar recaídas más allá de los 5 años tras el tratamiento", señala el doctor Rafael Martínez-Monge, director del Departamento de Oncología Radioterápica de la Clínica.

LA CIFRA

220

El estudio ha analizado esta cifra de **pacientes** con cáncer de próstata de bajo riesgo.

¿QUÉ ES LA BRAQUITERAPIA?

Es un tratamiento radioterápico que consiste en la colocación de fuentes radiactivas de forma precisa dentro del tumor o próximas a éste. Frente a la radioterapia externa, presenta la ventaja de una reducción importante en la afectación de los tejidos sanos, de forma que posibilita un aumento de la radiación hasta altas tasas de dosis, mejorando la eficacia terapéutica.

El doctor Rafael Martínez Monge durante un procedimiento de implantación de semillas radiactivas.

RIESGO DE RECAÍDA. Así, añade el especialista, el estudio ha demostrado que la dosis de radiación administrada mediante la braquiterapia influye en la supervivencia de los pacientes. "Hemos encontrado un parámetro fiable. Sabemos que los pacientes que el día de la implantación de la braquiterapia tienen una dosis proyectada inferior a 147 Gy (el gray -Gy- es la unidad que mide la dosis de radiación) presentan un riesgo de recaída mayor que aquellos en los que ésta es de 147 Gy o superior. En concreto, se logra controlar la enfermedad en el 94,4% de los pacientes que tenían un nivel de implante óptimo, frente al 75,5% de aquellos casos en los que la dosis era inferior a 147 Gy. Son casi veinte puntos porcentuales de diferencia y un implante adecuado supone la curación en el 95% de los casos".

Además, apunta el doctor Martínez-Monge, otro aspecto original de la investigación consiste en "realizar el estudio del cálculo de la dosis de radiación el mismo día del implante. La recomendación internacional propone que dicho cálculo se haga 30 días después, porque la colocación de las semillas radiactivas produce una inflamación de la próstata que puede distorsionar el cálculo, inflamación que desaparece al mes en un alto porcentaje de casos. Sin embargo, en la Clínica queremos saber el mismo día del implante si la dosis es adecuada para, en caso contrario, poder hacer una corrección en ese mismo momento, tanto para asegurar la eficacia del tratamiento como para evitar un posterior desplazamiento al paciente".

El estudio de la Clínica ha sido publicado en *Brachytherapy*, revista de la Sociedad Americana de Braquiterapia

La dosis de radiación administrada mediante la braquiterapia influye en la supervivencia de los pacientes.

[+] MÁS INFORMACIÓN

Relationship between Day 0 dosimetric parameters and biochemical relapse-free survival in patients treated with transperineal permanent prostate interstitial brachytherapy with (125)I seeds.

Garrán C, Ciérvide R, Cambeiro M, Moreno-Jiménez M, Ramos LI, Martínez-Monge R. Brachytherapy. 2010 Jan-Mar; 9 (1): 8-14.

La braquiterapia de alta tasa de dosis permite intensificar el tratamiento

Datos preliminares indican que la eficacia de este tratamiento es mayor que la del convencional, sin aumento de los efectos secundarios

De izquierda a derecha, los doctores Mauricio Cambeiro Vázquez, Rafael Martínez Monge, Marta Moreno Jiménez, Raquel Ciérvide Jurío y la enfermera Marisa Yárnoz Arrarás.

CUN ■ La intensificación terapéutica frente al cáncer de próstata mediante la combinación de braquiterapia de alta tasa de dosis con el tratamiento convencional -hormonal y radioterápico- no conlleva un aumento de los efectos secundarios. Además, datos preliminares indican que la eficacia de este tratamiento es mayor que el convencional. Así lo demuestra un estudio realizado en la Clínica que ha sido publicado en el último número de la *International Journal of Radiation Oncology Biology and Physics*, revista de la Sociedad Americana de Oncología Radioterápica.

La investigación, centrada en pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo y muy alto riesgo, tenía como objetivo analizar "si resulta factible aumentar la dosis de radiación mediante una técnica especial como es la braquiterapia de alta tasa de dosis. Conseguimos una escalada hasta dosis muy superiores a las alcanzables con el tratamiento habitual en estos casos: radioterapia convencional y tratamiento hormonal. En definitiva, hemos testado la tolerabilidad para el paciente de un tratamiento trimodal. La combinación de estas tres terapias es relativamente novedosa ya que apenas aparece en la literatura médica", explica el doctor Rafael Martínez-Monge, director del Departamento de Oncología Radioterápica de la Clínica.

Para ello, se han analizado 134 pacientes tratados en la Clínica entre enero de 2001 y octubre de 2006. "Se trata de un estudio prospectivo controlado sobre la tolerabilidad de un tratamiento no convencional", concreta el doctor Martínez-Monge.

El análisis concluye que los efectos secundarios de este tratamiento trimodal son equiparables a los del convencional.

Así, el análisis concluye que "los efectos secundarios de este tratamiento trimodal son equiparables al convencional", señala el especialista de la Clínica.

"Para poder valorar adecuadamente la eficacia es preciso un periodo de observación muy largo porque el cáncer de próstata es una enfermedad en la que puede haber recaídas tardías. De momento, de manera preliminar, ya se puede asegurar que la eficacia es mucho mayor, algo lógico porque si aumentamos la dosis de radiación, debemos obtener mejores resultados". Por parte de la Clínica, junto al doctor Martínez-Monge han participado en la investigación especialistas del Departamento de Oncología Radioterápica: los doctores Jeannette Valero, Mauricio Cambeiro, Marta Moreno, Raquel Ciérvide y José Javier Aristu; así como el doctor Juan Javier Zudaire, de Urología. Además, han intervenido los doctores Carlos Galán (Hospital de la Rioja), Mercedes Teijeira (Hospital de Burgos) y Pilar Romero (Hospital de Navarra).

[+] MÁS INFORMACIÓN

Phase II trial of radiation dose escalation with conformal external beam radiotherapy and high-dose-rate brachytherapy combined with long-term androgen suppression in unfavorable prostate cancer: feasibility report. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics, 2010 Feb. (2) 386-392.

EUROPA

Espoz y Mina, 11 Pamplona
T. 948 221 800
www.hreuropa.com

ALHAMBRA

Bergamín, 7 Pamplona
T. 948 245 007
www.restaurantealhambra.com

RESTAURANTES

En los Restaurantes del Grupo Idoate
se encuentran menús,
desde la excelencia gastronómica
premiada con una estrella Michelín,
hasta ajustadas degustaciones de platos
tradicionales con firma de autor,
que podrá disfrutar a partir de 45 euros.

AVANCES CLÍNICOS

Un tercio de los pacientes con enfisema pulmonar tratados con válvulas IBV® mejoran su calidad de vida

Según los resultados de un ensayo clínico multicéntrico europeo, en el que la Clínica ha sido uno de los dos únicos hospitales españoles participantes

CUN ■ Un tercio de los pacientes con enfisema pulmonar severo a quienes se implantó en los bronquios el sistema de válvulas IBV® obtuvieron mejorías importantes tras este tratamiento mínimamente invasivo. Así se desprende de los resultados de un ensayo clínico multicéntrico efectuado en 73 pacientes estudiados en 7 hospitales europeos. La Clínica es uno de los dos centros hospitalarios españoles participantes en la investigación, junto al Hospital de Bellvitge. El sistema de válvulas ha comenzado a comercializarse ya para la asistencia clínica de pacientes con enfisema pulmonar, una enfermedad causada por el tabaco y caracterizada por la destrucción progresiva del tejido pulmonar que culmina en el atrapamiento de aire dentro del propio pulmón y la hiperinsuflación, además de un deficitario intercambio de gases.

El estudio incluyó a hombres y mujeres, de entre 40 y 74 años, diagnosticados de enfisema pulmonar severo con predominio en los lóbulos superiores y disnea (dificultad para respirar) ante un esfuerzo. Los pacientes candidatos se sometieron a pruebas de función respiratoria y de esfuerzo y debían haber abandonado el hábito tabáquico antes de su participación en el ensayo.

ENFISEMA PULMONAR

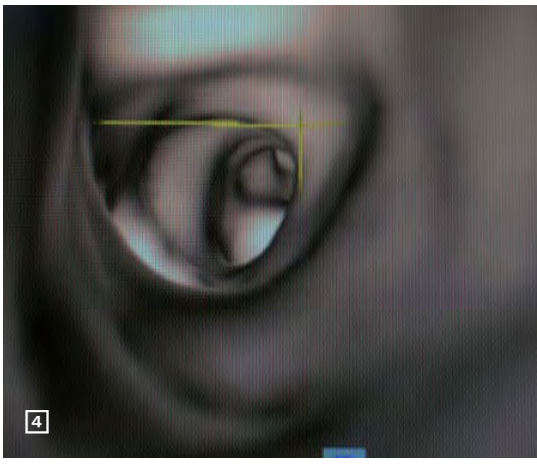
Enfermedad causada por el tabaco y caracterizada por la destrucción progresiva del tejido pulmonar que culmina en el atrapamiento de aire dentro del propio pulmón y la hiperinsuflación, además de un deficitario intercambio de gases.

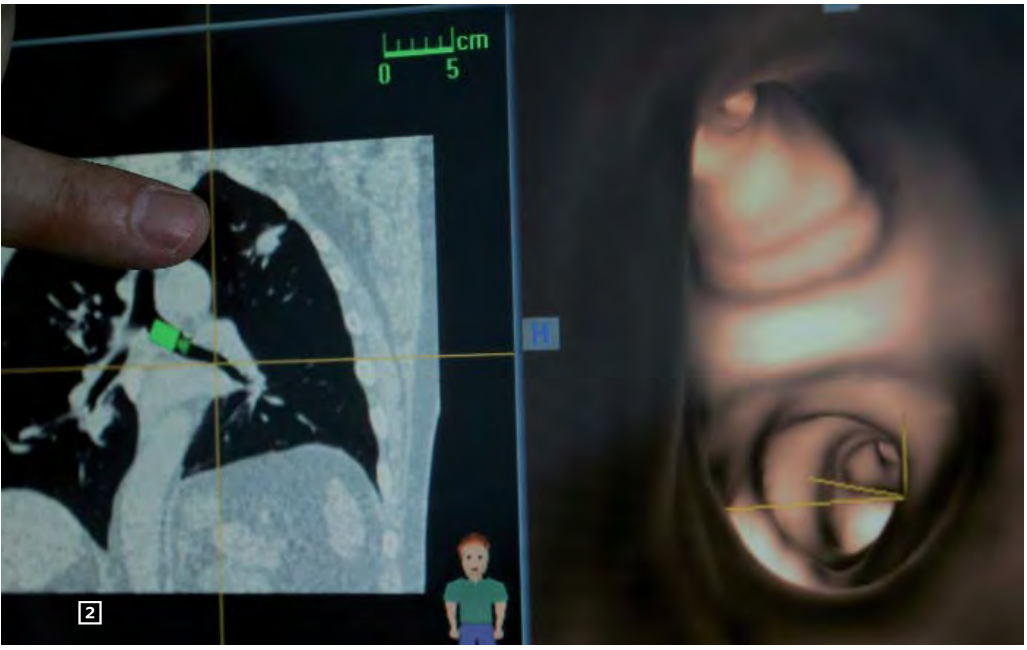
Se dividió a los pacientes de forma aleatoria en dos grupos, uno de control o placebo, al que no se le implantaban válvulas endobronquiales hasta pasados tres meses de su incorporación, y otro grupo de pacientes al que sí se le colocaban las válvulas. El seguimiento de los pacientes se mantuvo durante seis meses.

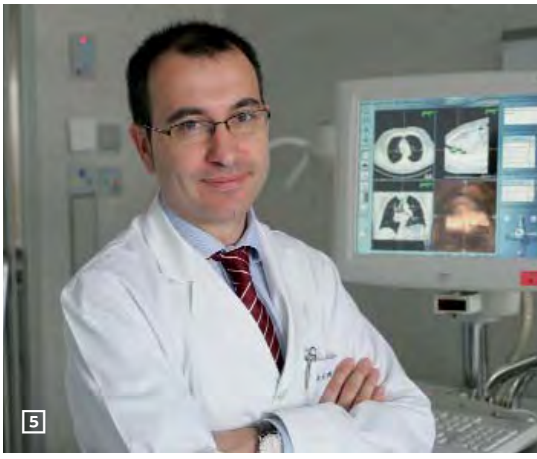
Según el doctor Luis Seijo, especialista en Neumología de la Clínica y autor princi-

PASA A LA PÁG. 14 >>

1 **Árbol bronquial.** Recreación en tres dimensiones del interior de los pulmones.
2 **Broncoscopia.** Pantalla en la que se observa la zona del enfisema y, al lado, la recreación paralela del interior de los bronquios.
3 **Válvula.** El sistema IBV® consiste en el implante endobronquial de válvulas con forma de paraguas de entre 5 y 7 mm que bloquean la zona del enfisema.
4 **Interior.** Vista interna en tres dimensiones de los bronquios por donde se introducen las válvulas.
5 **Investigador.** El doctor Luis Seijo, neumólogo de la Clínica y autor principal de la investigación.







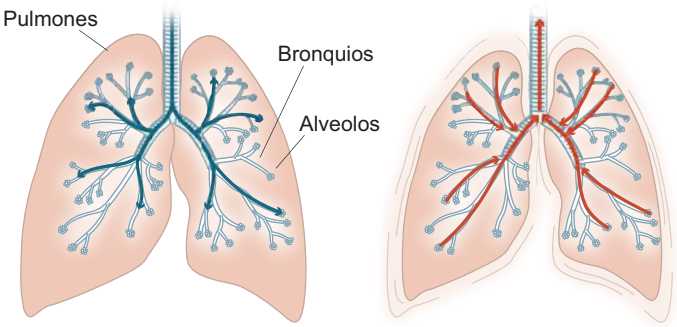
ENFISEMA PULMONAR

Un tratamiento mínimamente invasivo a base de válvulas bronquiales mejora la calidad de vida de los pacientes que sufren enfisema pulmonar.

PULMONES SANOS

Inspiración
El aire con oxígeno entra en los pulmones por los bronquios.

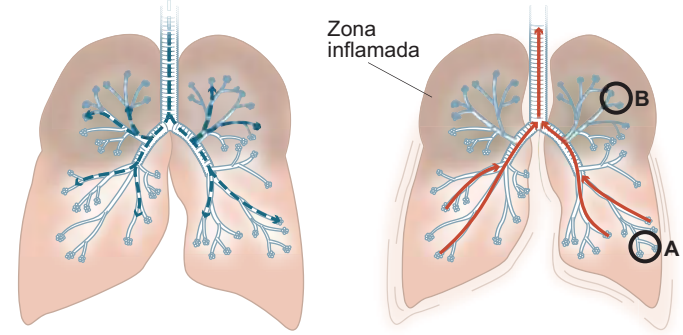
Espiración
El aire sin oxígeno es devuelto al exterior.



ENFISEMA PULMONAR

Inspiración
La alteración en la parte superior de los pulmones hace que se tenga dificultades para tomar aire.

Espiración
El aire no puede salir de la parte superior de los pulmones, por lo que ésta zona se hincha.

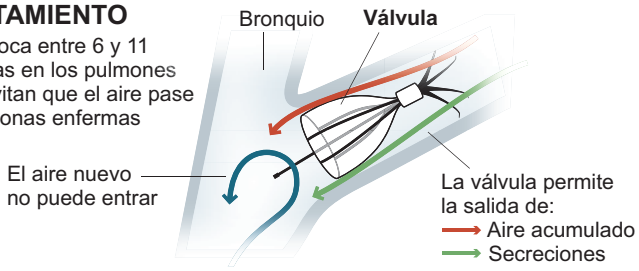


A. Alveolo sano
Se encargan de tomar el oxígeno del aire

B. Alveolo enfermo
No toman el oxígeno, retienen el aire y acumulan secreciones

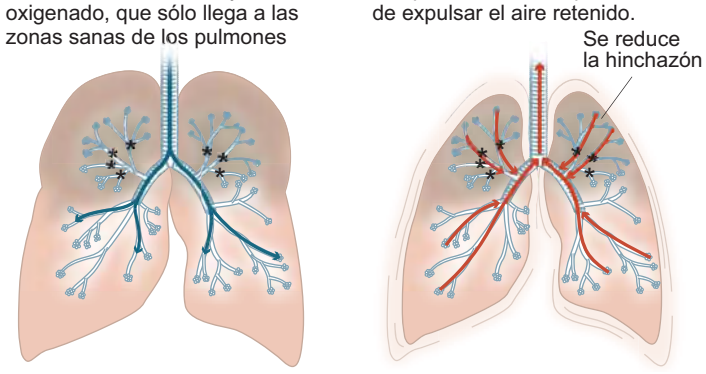
TRATAMIENTO

Se coloca entre 6 y 11 válvulas en los pulmones que evitan que el aire pase a las zonas enfermas



Inspiración
Las válvulas* redistribuyen el aire oxigenado, que sólo llega a las zonas sanas de los pulmones

Espiración
Los pulmones son capaces de expulsar el aire retenido.



<<VIENE DE LA PÁG.12

pal del ensayo en este centro médico, el objetivo del procedimiento mediante válvulas perseguía "una mejora de la calidad de vida de los pacientes y una redistribución del volumen pulmonar de los lóbulos superiores más dañados a los lóbulos inferiores más sanos".

Los resultados obtenidos al finalizar el plazo de la investigación constataron mejorías relevantes en un 31% de los casos estudiados. "Este porcentaje manifestó una mejoría de la calidad de vida muy significativo en un cuestionario especializado y una reducción notable del volumen de los lóbulos pulmonares tratados", subraya el doctor Seijo.

Aunque la calidad de vida mejoró también en algunos pacientes del grupo control por el efecto placebo, ningún paciente de este grupo cumplió con los dos criterios que definen la respuesta clínica.

SISTEMA DE VÁLVULAS. Para implantar las válvulas IBV® es preciso practicar una broncoscopia para colocarlas en la vía aérea. "En todos los pacientes se trataban los lóbulos superiores y se colocaban entre 6 y 11 válvulas. La finalidad de estos dispositivos consiste en redistribuir el aire, bloqueando los bronquios que conducen hasta los lóbulos superiores más dañados. De este modo, los lóbulos superiores en lugar de atrapar aire, algo que resulta contraproducente, lo redistribuyen hacia los inferiores", explica el doctor Seijo.

Las válvulas, cuyo tamaño oscila entre 5 y 7 mm, están compuestas de materiales biocompatibles como el poliéster. Su diseño consta de un armazón metálico en forma de paraguas. "Lo que consigue la válvula unidireccional, una vez colocada en el bronquio de interés, –explica el especialista- es que las secreciones y el aire salgan del interior del pulmón, sin permitir la entrada de más aire a la zona tratada. De este modo se consigue desinflar el pulmón enfisematoso, impidiendo el acceso de aire a las zonas más dañadas que no contribuyen a la oxigenación del paciente", advierte.

Al conseguir redistribuir una mayor cantidad de aire a los lóbulos inferiores, menos dañados, se consigue mejorar el intercambio de gases y la calidad de vida, destaca el especialista. También se impide la sobredistensión de los lóbulos superiores ya dañados, que produce sensación de ahogo. "La intención terapéutica es que con estas válvulas el paciente perciba menos disnea al evitar la hiperinsuflación dinámica o la sobredistensión del pulmón, que se interpreta como una sensación de ahogo al realizar esfuerzos", detalla el facultativo.

LAS CIFRAS

73

Es el número de **pacientes** que han sido estudiados en la investigación realizada en siete hospitales europeos.

31%

Porcentaje de **pacientes** que tras someterles al tratamiento con el sistema de válvulas manifestó una mejoría de la calidad de vida muy significativa.

El mejor amigo de tu espalda

Para un bienestar continuo

Lumbarwear protege y sujeta la zona lumbar, aliviando las molestias de la espalda.

Es una prenda de ropa interior que une en una sola pieza la banda elástica con un slip.

Proporciona una compresión suave pero firme sin causar atrofia muscular. Discreto, sin costuras, se adapta perfectamente al cuerpo.

Confeccionado con materias de última generación, incorpora hilo de plata X-Static ® que proporciona propiedades antimicrobianas y de conducción.

Posee unas características técnicas que le confieren una confortabilidad climática adecuada para su utilización en condiciones de frío o calor.

Óptimo para su uso diario: en casa, en el trabajo y también ideal para periodos post-operatorios.

Se puede lavar a máquina como cualquier prenda.

LYCRA · X-static THE SILVER FIBER · Algodón Supima

SLIP SEÑORA

SLIP APERTURA CABALLERO

LORCA MEDICINA Y ORTOPEDIA
Acella 2,
31008 Pamplona
T 948 22 65 00

LUMBARWEAR® wellness

En nuestra tienda online encontrará el modelo que mejor se adapte a usted
www.lumbarwear.com

0112-2010 CÓDIGO PROMOCIÓN ESPECIAL

ENTREVISTA

Keith Flaherty

"Esperamos la aprobación de fármacos eficaces contra el melanoma en un año"

El doctor **Keith Flaherty**, especialista en Oncología del Massachusetts General Hospital, insistió en la importancia de la detección precoz.

CUN ■ Dos vías diferentes de investigación arrojan actualmente luz en la lucha contra el melanoma. Por un lado, los estudios sobre la aplicación de terapias basadas en inmunoterapia y, por otro, los ensayos sobre nuevos fármacos cuya actividad consigue bloquear los receptores de las células cancerosas. En esta última línea, la eficacia de un nuevo tratamiento -constatada en un ensayo clínico- ha saltado recientemente a las páginas de *The New York Times*. La nueva droga había demostrado, en pocas semanas, su capacidad en la reducción del tumor y en evitar su propagación, al menos, durante un período de tiempo limitado. "Aunque se trata de una terapia que se encuentra todavía en fase de investigación, esperamos que en el plazo aproximado de un año pueda ser aprobada ya la comercialización de estos nuevos fármacos, al menos, en Estados Unidos", apunta el doctor Keith Flaherty, especialista del Departamento de Oncología Médica del Massachusetts General Hospital (Boston, EEUU) que participó recientemente en el VIII Curso de Avances en Cirugía Dermatológica y Melanoma, dirigido por especialistas de la Clínica.

Una vez conocida la eficacia de esta nueva droga, "que actúa sobre una molécula de la membrana de la célula cancerosa, bloqueando su función y consiguiendo un beneficio a corto plazo, ahora es necesario desarrollar nuevos programas e investigaciones que ayuden a entender y a descubrir cómo podemos prolongar ese efecto", indica el experto.

En este sentido, el doctor Flaherty y el doctor Salvador Martín Algarra presidente del Grupo Español Multidisciplinar de Melanoma (GEM) y oncólogo del Clínica expusieron durante el curso los importantes avances en inmunoterapia del melanoma y la próxima introducción de otro fármaco que potencia la respuesta inmunológica y que, según se ha demostrado en estudios clínicos recientes, consigue prolongar la supervivencia durante un largo periodo de tiempo en algunos pacientes con enfermedad metastásica.

Doctor Flaherty ¿de qué forma actúa el nuevo fármaco contra el melanoma, de cuya efectividad se han hecho eco los principales rotativos del mundo?

Este tratamiento actúa sobre la molécula o proteína alterada. En los ensayos clínicos ha demostrado la capacidad de reducir el tamaño del tumor y de evitar que crezcan otros, al menos, durante un corto período de tiempo. Este efecto lo consigue pocas semanas o meses después de empezar el tratamiento. Ahora queda por saber durante cuánto tiempo se va a prolongar este resultado y si realmente va a impactar en la supervivencia a largo plazo. Este modo de actuar, bloqueando el funcionamiento de la molécula de la célula cancerígena se ha visto que resulta eficaz en otro tipo de tumores raros. Ahora que sabemos que hay un fármaco que actúa sobre uno de estos interruptores o bloqueadores y que consigue provocar un beneficio corto, hay que realizar nuevos programas e investigaciones que nos ayuden a entender y a descubrir cómo podemos prolongar este efecto.

¿Sería posible una combinación de terapias diferentes?

Podría tener interés combinar diferentes terapias dirigidas contra las moléculas de las células cancerosas o, incluso, combinar este tipo de terapias dirigidas con tratamientos basados en inmunoterapia.

¿Y cuáles son los avances concretos en las dos vías de investigación de terapias contra el melanoma que ha señalado?

Ahora hay una inmunoterapia que claramente parece que va un poco mejor y que beneficia a más largo tiempo. Funciona en pocos pacientes pero cuando va bien, puede prolongar sus beneficios durante mucho tiempo. Sin embargo, las terapias dirigidas, normalmente funcionan en un porcentaje muy amplio de pacientes aunque sea durante poco tiempo.

¿Y no serían fácilmente combinables?

Seguro que se desarrollarán ensayos en este sentido. Hacen falta nuevas investigaciones porque pueden interferir mecanismos intracelulares claves en los efectos que produzcan en los pacientes. Pueden interferir las actuaciones de una terapia con las de la otra y esto requiere estudios adicionales. No es tan fácil. Pero si no compiten, teóricamente, podrían añadir efectos benéficos una a otra y potenciar así sus beneficios

En la práctica clínica actual, ¿qué terapias están resultando efectivas en el tratamiento del melanoma?

Los tratamientos que hemos mencionado y que aportan esperanza en la lucha

PASA A LA PÁG. 18 >>

BIOGRAFÍA

El doctor Flaherty se graduó en Ciencias en la Universidad de Yale y posteriormente en Medicina en la Universidad John Hopkins. Tras realizar la especialidad de Medicina Interna en el prestigioso Brigham and Women's Hospital completó su formación en Oncología Médica en la Universidad de Pensilvania. En 2002 se incorporó a la Facultad de Medicina de este centro como Profesor de Medicina Interna en el Programa de desarrollo terapéutico del centro del Abramson Cancer Center. Desde 2009 trabaja en el Massachusetts General Hospital y en la Harvard Medical School como director de Desarrollo Terapéutico del Centro de Cáncer.

SUS FRASES

"Existen esperanzas fundadas para creer que en los próximos años va a mejorar el pronóstico de los pacientes con melanoma"

"El mejor mensaje contra el melanoma sería la importancia de la detección precoz, la protección ante el sol y evitar los rayos UVA para el bronceado"

De izquierda a derecha, los doctores Jeffrey Gershenwald (Anderson Cancer Center), Agustín España (Clínica Universidad de Navarra), Flaherty (Massachusetts General Hospital), Salvador Martín Algarra y Pedro Redondo, ambos de la Clínica.

<<VIENE DE LA PÁG.17

contra el melanoma son terapias que todavía están en fase de investigación. Los pacientes que quieran recibir estos tratamientos deben dirigirse a los centros hospitalarios donde se desarrollan ensayos clínicos con estas nuevas terapias, centros especializados en el tratamiento del melanoma. Esperamos que en el plazo de un año pueda ser aprobada la comercialización de estos nuevos fármacos, al menos, en Estados Unidos.

También ha habido novedades en el campo quirúrgico. Una nueva técnica de cirugía permite conocer el grado de extensión del melanoma mediante un análisis ganglionar.

El ganglio es el primer sitio al que afecta la metástasis. Ahora la cirugía permite detectar la enfermedad precoz en el ganglio. Hay que subrayar que todos los pacientes que metastatizan han pasado por esa afectación ganglionar, por lo que es clave en todos los pacientes reconocerla de forma precoz. Además identifica pacientes que se pueden beneficiar de tratamientos post operatorios.

En cuanto a la forma más efectiva de actuar contra el melanoma, ¿cuál sería su mensaje para la población general?

El mensaje más importante sería la detección precoz, la protección ante la exposición solar, así como evitar la utilización de rayos UVA para el bronceado. En el uso de este tipo de lámparas, aunque lleven un control oficial, las autoridades todavía no aprecian de un modo adecuado el riesgo que suponen. Probablemente, las autoridades todavía no son conscientes de que el aumento en la incidencia del melanoma puede estar muy relacionado con estos hábitos.

Y la exposición al sol ¿no sería tan peligrosa?

En cierto sentido sí. Las personas que usan las lámparas de rayos UVA son las que, además, se exponen mucho al sol. Moderación en la exposición solar, particularmente en verano, es la mejor recomendación. Aunque se trata de un mensaje reiterado, todavía no hemos llegado a que se extienda lo suficiente y a que se traduzca en un cuidado adecuado. Además, se debe acudir al médico cuando se observe una mancha o lunar nuevo, así como si se detecta un lunar que cambia de apariencia o tamaño.

¿Cómo describiría el futuro en la lucha contra el melanoma?

En los últimos tiempos ha habido avances claros, tanto en el caso de la cirugía como en el de la terapia médica, por lo que existen esperanzas fundadas para creer que en los próximos años va a mejorar el pronóstico de los pacientes con melanoma.

EL MELANOMA

El melanoma es un tipo de cáncer cutáneo derivado de las células que producen el pigmento de la piel (melanocitos). Su aparición puede deberse principalmente a dos causas: una exposición excesiva a la radiación solar y factores genéticos. Por ello, tanto haber tomado mucho el sol como la presencia de antecedentes familiares por cánceres cutáneos son motivos para someterse a un chequeo. De esta manera, se podrán extirpar precozmente las lesiones premalignas o aquellos nevus que presenten alteraciones que sugieran una malignización incipiente.

Compromiso de Calidad Turística

HOTEL TRES REYES

★ ★ ★ ★ Luxe

PAMPLONA

Transporte gratuito a Clínica Universidad de Navarra

En el centro de la ciudad, habitaciones Classics, Ejecutivas y Suites

18 Salones con luz natural | Capacidad hasta 1.800 personas

Restaurante | Peluquería | Golf

Jardines de la Taconera 31001 Pamplona | Tel.: 34 948 22 66 00 - Fax: 948 22 29 30 | E-mail: comerc@hotel3reyes.com

www.hotel3reyes.com

Heart Port, una técnica mínimamente invasiva para reparar patologías cardiacas

Este procedimiento quirúrgico permite acceder al corazón mediante una pequeña incisión para intervenir con ayuda de una videoscopia

CUN ■ Un tercio de las cirugías cardiacas pueden beneficiarse de una técnica quirúrgica mínimamente invasiva denominada *Heart Port* que permite el acceso a las cavidades del corazón mediante una pequeña incisión en el tórax izquierdo, evitando así la esternotomía tradicional (seccionar el esternón). Según indica el doctor Gregorio Rábago, especialista del Departamento de Cirugía Cardiaca de la Clínica Universidad de Navarra con experiencia en esta técnica, el *Heart Port* se basa en la forma de trabajo de los procedimientos endoscópicos. "Es una técnica de acceso al corazón con una agresión e incisión mínimas, indicada fundamentalmente para la cirugía mitral, ya sea reparadora o de sustitución por una prótesis artificial", detalla el especialista.

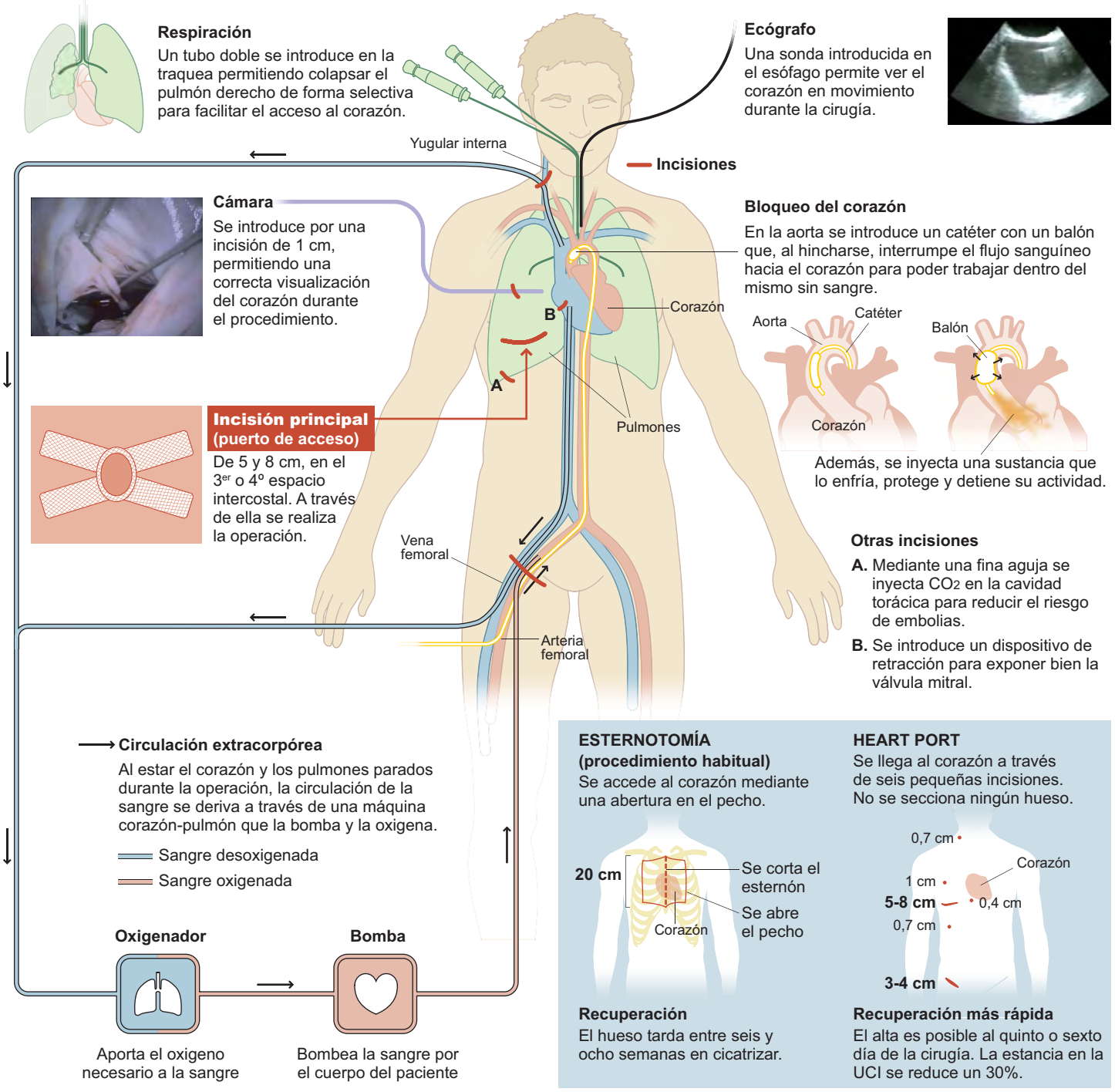
En la cirugía cardiaca convencional, para poder acceder al corazón es necesario realizar una incisión longitudinal y medial en el pecho del paciente (desde la base del cuello hasta la apófisis xifoidea). Dicha incisión aunque es completamente segura y relativamente poco dolorosa, dificulta la recuperación postoperatoria debido al cuidado que debe mantenerse para conseguir una correcta cicatrización del hueso seccionado (esternón) y de los tejidos adyacentes. "Esta es la técnica estándar, utilizada actualmente en más del 95% de los casos", explica el cirujano cardiaco.

Las técnicas quirúrgicas con mínima incisión se están extendiendo tanto que ya se aplican en cirugía coronaria y de sustitución valvular aórtica

La incorporación de las técnicas de imagen, fundamentalmente de la video toracoscopia (cámara introducida a través del tórax), ha permitido observar el interior del tórax realizando pequeñas incisiones (puertos o port en inglés) para introducir las cámaras de videoscopia. Esta técnica precisa de unas incisiones quirúrgicas más reducidas ya que la visualización de los órganos se obtiene mediante dichas cámaras de vídeo. La novedad que aporta el *Heart Port* reside en el abordaje ya que, en lugar de una esternotomía, se realiza una pequeña incisión -de en-

EL PROCEDIMIENTO

Técnica que permite realizar operaciones cardiacas de reparación o recambio valvular (fundamentalmente mitral) mediante un abordaje poco invasivo.



tre 5 y 8 cm- en el pliegue mamario izquierdo (mini toracotomía izquierda) a través de la cual podemos realizar la intervención quirúrgica cardiaca. "El *Heart Port*, también llamado *Port Access*, consiste en efectuar una reducida incisión y trabajar mediante un vídeo toracoscopio (videocámara e instrumental introducidos a través de una incisión en el tórax), que permite observar el interior del corazón en una pantalla, para lo que es necesario trabajar con instrumentos específicos, de mayor longitud de la habitual". De este modo, se evitan las grandes heridas quirúrgicas propias de la cirugía cardiaca convencional, lo que permite una disminución del dolor postoperatorio, además de una recuperación más rápida y, por tanto, una reducción de la estancia hospitalaria.

Esta técnica quirúrgica está especialmente indicada para las intervenciones dirigidas al tratamiento de la patología valvular mitral, tricúspide, la de las comunicaciones interauriculares, así como para la cirugía de tumores intracardiacos.

"En este tipo de operaciones es necesario realizar circula-

PASA A LA PÁG. 22 >>

El doctor Rábago durante una cirugía cardiaca de mínima incisión con circulación extracorpórea.

<<VIENE DE LA PÁG.21

ción extracorpórea, que consiste en conectar el corazón del paciente a la máquina extracorpórea o máquina corazón-pulmón. Este equipo externo realiza las funciones del corazón y del pulmón durante el tiempo en que el corazón está parado, lo que nos permite poder trabajar de forma cómoda y reparar la lesión cardiaca", describe el facultativo. Mediante unas conexiones que se realizan en el corazón, la sangre se extrae a su llegada al órgano cardiaco (a través de cánulas conectadas en las venas cavas), pasa a la máquina de circulación extracorpórea, donde se oxigena (mediante el oxigenador equivalente al pulmón) y se incorpora de nuevo a la circulación del paciente mediante una bomba de rodillos (equivalente a la función del corazón) y a otra cánula conectada a la aorta.

De este modo, toda la sangre que va a llegar al corazón se extrae antes y se vuelve a introducir por encima de la pinza con la que se ha ocluido la aorta. "La técnica de circulación extracorpórea permite abrir las cavidades del corazón sin que por ellas circule sangre. Es un procedimiento que se aplica en la mayoría de las cirugías de corazón", advierte el doctor Rábago. En las intervenciones realizadas mediante la técnica *Heart Port*, la circulación extracorpórea también se realiza de forma mínimamente invasiva, a través de dos cánulas introducidas por la ingle en la vena y arteria femoral, hasta llegar a la aurícula derecha y a la aorta, permitiendo de este modo establecer la circulación de forma convencional y similar a como se realiza cuando se abre el tórax. "Para poder ocluir la aorta y trabajar en el corazón sin sangre, usamos un endoclamp, que es una sonda en cuyo extremo distal presenta un balón, que introducida a través de la cánula por la arteria femoral se hace avanzar hasta llegar a la aorta ascendente donde se hincha el balón, ocluyendo de esta forma la aorta", explica el especialista.

LA CIFRA

30%

Un tercio de las **cirugías cardiacas** pueden beneficiarse del Heart Port, una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que permite acceder a las cavidades del corazón mediante una pequeña incisión en el tórax izquierdo.

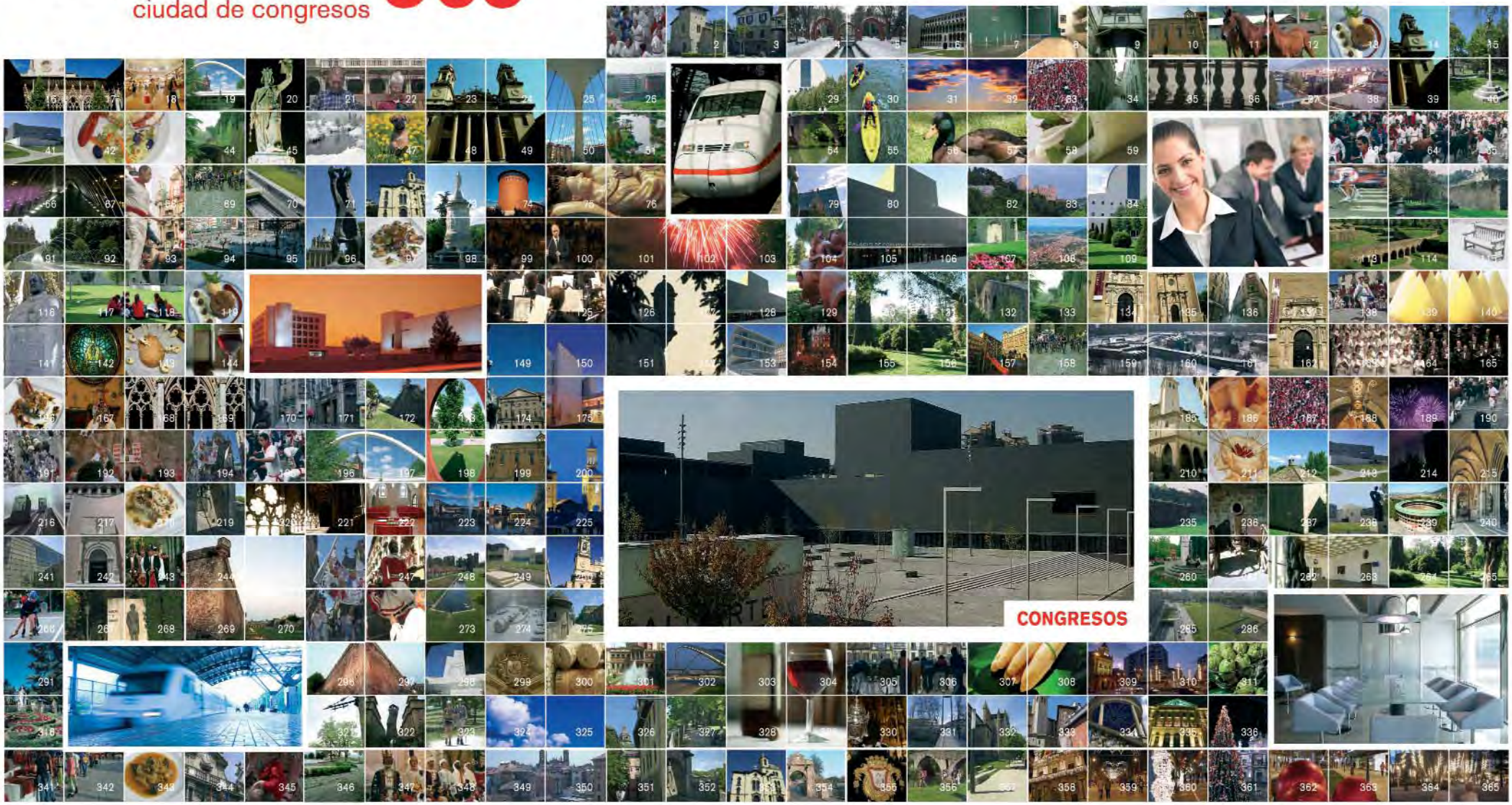
ABORDAJE CARDIACO CON MÍNIMA AGRESIÓN. Sin duda las técnicas de acceso por mínima incisión o mínima agresión están ganando terreno en la cirugía convencional ya que presentan determinadas ventajas, al margen de las cosméticas, como son una mejor visualización de las válvulas cardíacas y, como consecuencia, una mejor valoración de las lesiones valvulares, una menor incisión quirúrgica y una recuperación postoperatoria más rápida, con mejor control del dolor postoperatorio y disminución de la estancia hospitalaria.

Si bien hoy en día la técnica de *Heart Port* no puede aplicarse en todos los procedimientos de cirugía cardiaca, las técnicas quirúrgicas con mínima incisión se están extendiendo y progresando hasta el punto en que ya se aplican en cirugía coronaria y de sustitución valvular aórtica con muy buenos resultados, similares a los obtenidos con técnicas convencionales. En la actualidad, en la Clínica ya se está trabajando en protocolos que puedan ofrecer a los pacientes reparaciones complejas mediante incisiones mínimas con ayuda de herramientas de última generación para abordar de forma poco agresiva el corazón.

La técnica de *Heart Port* precisa de equipos multidisciplinares integrados por cirujanos cardiacos, anestesistas especializados en cirugía cardiaca con un buen dominio de las técnicas ecocardiográficas y enfermeras especializadas en cirugía cardiaca y técnicas de perfusión (perfusionistas).

PAMPLONA 365

ciudad de congresos



Descubre una maravillosa ciudad ideal para congresos y reuniones de empresa. Descubre una ciudad en la que los edificios más vanguardistas contrastan con sus empedradas calles. Una ciudad en la que perderse por sus calles es perderse por la historia. Una ciudad amable, moderna, con excelentes conexiones. **Pamplona es ciudad de congresos... Y mucho más.**

Descúbrela el 7 de julio, el 3 de octubre, el 1 de mayo, en enero, en septiembre o en abril. Descubre sus paisajes, su cultura, su ocio y su gente. **DESCÚBRELA LOS 365 DÍAS DEL AÑO.**

Ayuntamiento de Pamplona
Iruñeko Udala

WWW.PAMPLONA.ES
TEL: 010 / 948 420 100

AVANCES CLÍNICOS

Implantar válvulas aórticas sin cirugía minimiza los riesgos de la intervención convencional

El dispositivo se introduce plegado mediante un catéter en la arteria femoral hasta llegar a su ubicación, donde recupera la forma original

El equipo de la intervención. De izquierda a derecha, en la fila superior, los doctores Isidro Olavide, Miguel Artaiz y José Calabuig, la enfermera Eulalia Lerchundi y la doctora Ana Alegría. En la fila inferior, Maika Zudaire, Charo Vides, Nekane Ulayar, Silvia Remírez y Ana Allona.

CUN ■ La Clínica ha sido el primer centro hospitalario navarro en reemplazar una válvula aórtica mediante su implantación percutánea, es decir sin recurrir a la cirugía abierta de tórax. El procedimiento, que se realizó el pasado 5 de julio en un paciente de 89 años, consiste esencialmente en introducir la válvula con la ayuda de un catéter a través de la arteria femoral, hasta llegar a su ubicación dentro del corazón.

Mediante una incisión de unos 6 milímetros en la piel de la ingle -al igual que en un cateterismo cardiaco-, se logra transportar la nueva válvula plegada y colocarla tras 'aplastar' la válvula original, que ha sido tratada anteriormente con un balón para romper la fusión de las comisuras que condicionaban la estenosis (estrechamiento) valvular. La técnica se realiza en la sala de hemodinámica, guiada por rayos X de alta calidad de imagen. Al no emplearse cirugía, el tiempo de hospitalización postoperatorio en el caso de este paciente ha sido de cuatro días. Además, no ha precisado de la implantación de un marcapasos definitivo.

Esta intervención es parte del programa integral de tratamiento de las enfermedades valvulares del corazón que

Los doctores José Calabuig y Guillermo Sánchez durante un momento del cateterismo para la implantación de la válvula aórtica.

aborda, en función de las peculiaridades de la patología, el Departamento de Cardiología y Cirugía Cardiaca y el servicio de Cirugía Vascular.

INDICADO PARA PACIENTES NO CANDIDATOS A UNA CIRUGÍA. Este procedimiento, explica el doctor José Calabuig Nogués, responsable de la Unidad de Cardiología Intervencionista-Hemodinámica de la Clínica, está especialmente indicado para pacientes que presentan problemas en la válvula aórtica del tipo de la estenosis severa y no son candidatos a una cirugía de corazón. "La expectativa de vida se ha incrementado en nuestra sociedad por encima de los 80 años. Al llegar a esa edad, la válvula aórtica sufre una degeneración, manifestada en que se sueldan sus comisuras, lo que conlleva una estenosis o estrechez que puede llegar a ser severa. Al no abrirse bien la válvula, la sangre no sale de forma adecuada del ventrículo izquierdo. Ésta se acumula, produce una dilatación del ventrículo y un encharcamiento de los pulmones, lo que provoca en los pacientes dificultad para respirar etc., y si no se pone remedio puede llegar a morir por esta causa. Además, en personas de estas edades, suelen aparecer una serie de comorbilidades añadidas, como problemas en las arterias coronarias, renales, vasculares, respiratorios... En definitiva, cuadros que desaconsejan una intervención quirúrgica del corazón por un riesgo elevado de la mortalidad", detalla el especialista de la Clínica.

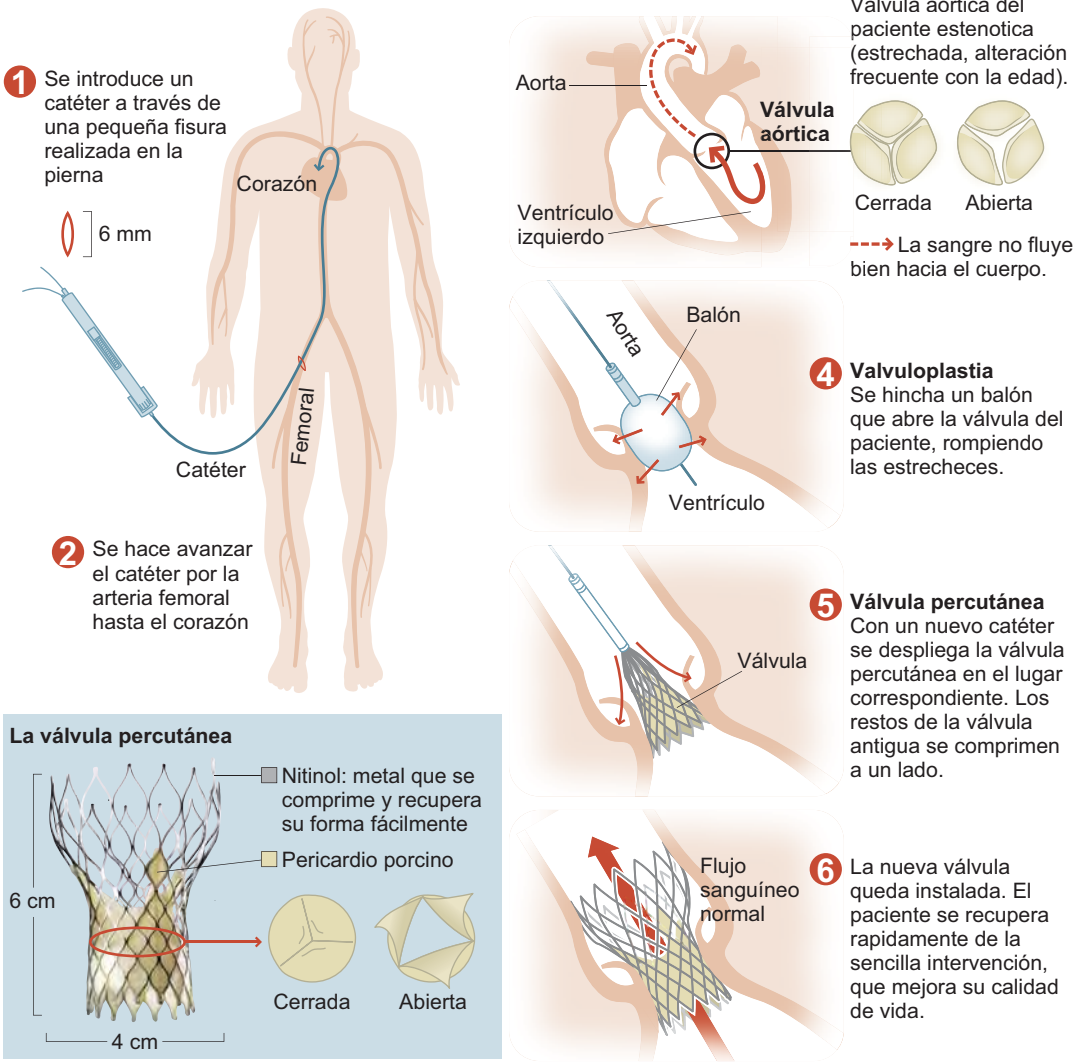
Este tipo de válvula ofrece tal capacidad de plegado, que no es necesario que las arterias por donde va a pasar tengan un gran diámetro.

Indicado para pacientes que presentan problemas en la válvula aórtica y no son candidatos a una cirugía de corazón.

Esta técnica, añade el doctor Calabuig, comenzó a desarrollarse hace una década de manera experimental. Primero se empleó pericardio equino y posteriormente el bovino para la elaboración de la válvula. Sin embargo, el procedimiento que ha llevado a cabo la Clínica Universidad de Navarra utiliza una válvula denominada "Corevalve", fabricada con pericardio porcino. "Permite un plegado mucho mayor que las anteriores porque el pericardio porcino es mucho más flexible. De esta manera, requiere un sistema que transporte la válvula de menor tamaño y, como consecuencia, un orificio menor de entrada en la piel. Esta técnica es percutánea porque no precisa que se expongan las arterias mediante una incisión qui-

IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA SIN CIRUGÍA

Esta técnica permite sustituir una válvula aórtica dañada por otra nueva, sin necesidad de una arriesgada operación a corazón abierto



Actualmente las indicaciones son claras y concretas: pacientes con estenosis aórtica severa, con síntomas y contraindicados para la cirugía.

rúrgica. Igualmente, al ofrecer tal capacidad de plegado, no es necesario que las arterias por donde va a pasar tengan un gran diámetro, como ocurría con las primeras."

Además, apunta, la estructura de la válvula está elaborada con nitinol, "un material que tiene memoria. La válvula se pliega en suero frío y al introducirse en el corazón y entrar en contacto con el calor de la sangre, se autoexpande hasta su forma original. Por otro lado, es una válvula que se puede recuperar por la misma vía si no está en el lugar idóneo y volverla a recolocar, antes de liberarla por completo".

LA CIFRA

6

Seis **milímetros de incisión** en la ingle es toda la herida quirúrgica que se precisa para introducir la válvula mediante cateterismo.

AMPLIACIÓN DE LAS INDICACIONES. El doctor Calabuig destaca el hito que supone la aplicación de esta técnica, "porque hasta hace poco tiempo las sustituciones de válvula aórtica sólo se realizaban mediante cirugía". Igualmente, adelanta que en un lustro esta técnica no se aplicará sólo en pacientes de edad avanzada. "Aunque esta válvula percutánea se ideó para personas que son rechazadas para la cirugía, se espera que en menos de cinco años se use en pacientes que sí tengan indicación de cirugía, es decir, los pacientes convencionales, pero con riesgo elevado o con enfermedades en las que someter a dicho paciente a una cirugía extracorpórea suponga una procedimiento agresivo. Además de los buenos resultados publicados recientemente, está previsto que la técnica llegue a ser prácticamente como un cateterismo, porque poco a poco se reducirá el tamaño del catéter que transporte la válvula y, con ello, el orificio de entrada por la piel.

Según apunta el doctor Calabuig, la expansión que está experimentando este procedimiento se debe a que "las primeras válvulas disponibles se usaron en pocos centros y sin saber cuál sería el resultado a corto plazo. Este año, en varios congresos internacionales, se han publicado los resultados positivos tras dos años de seguimiento. Por tanto, ya no se trata de una técnica en fase inicial o de estudio y sólo para pacientes en situaciones extremas, sino que de manera progresiva se irán ampliando las indicaciones de este procedimiento y reduciendo la edad de los pacientes, para llegar incluso, salvo excepciones, a ser la técnica de elección para este tipo de alteración valvular. Sin embargo, actualmente las indicaciones son claras y concretas: pacientes con estenosis aórtica severa, con síntomas y contraindicados para la cirugía".

Desde 0,72 € al día, le ofrecemos un seguro de salud que le garantiza la asistencia exclusiva en la Clínica Universidad de Navarra.

Con ACUNSA, podrá acceder a este prestigioso Centro con la garantía de contar con los últimos avances médicos, los tratamientos más innovadores y con profesionales de prestigio internacional.

Garantizamos un servicio integral a nuestros asegurados con coberturas adicionales y exclusivas que no va a encontrar en otros seguros de salud.

Somos la única compañía que garantiza productos de salud adaptados a los servicios que la Clínica Universidad de Navarra ofrece para el tratamiento de las patologías de más difícil curación.

Ofrecemos pólizas de hospitalización con los precios más competitivos del mercado.

No lo dude, entre en nuestra página web www.acunsa.es e infórmese sin compromiso sobre nuestras coberturas y precios.

Además, encontrará ofertas muy interesantes y toda la información sobre las ventajas que ser asegurado de ACUNSA reporta.

Clínica Universidad de Navarra + ACUNSA Asistencia Clínica Universidad de Navarra

– precio + salud + tecnología + atención + investigación

Avda. Pío XII, 57 31008 Pamplona
Tfno. 948 194 600 Fax 948 177 658 info@acunsa.es

www.acunsa.es

INVESTIGACIÓN

Eficacia contra el cáncer gástrico: quimioterapia y radioterapia combinadas antes de la cirugía

Vista microscópica del tejido gástrico sano.

Este **tratamiento preoperatorio** consigue la práctica eliminación del cáncer gástrico en un 64% de los casos operados

CUN ■ En el 64% de los pacientes con cáncer gástrico a los que se aplicó quimioterapia y radioterapia combinadas antes de la cirugía se observó una desaparición casi completa del tumor al analizar el estómago operado. El grado de respuesta fue más alto en los pacientes que recibieron la combinación de quimio y radioterapia que en aquellos que recibieron sólo quimioterapia antes de la cirugía. Cabe destacar que una buena respuesta al tratamiento preoperatorio se asocia a supervivencias prolongadas. Así se constata en un estudio que analiza la experiencia de especialistas de la Clínica en 61 pacientes tratados con quimioterapia o quimio-radioterapia preoperatoria en este centro sanitario. Los resultados de la Clínica han sido difundidos por la revista internacional *The International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, publicación oficial de la Sociedad Americana de Oncología Radioterápica (American Society for Radiation Oncology). Los principales autores del estudio han sido los doctores Juan Antonio Díaz González y Javier Rodríguez, del Departamento de Oncología, el doctor Javier Hernández Lizoáin, del Departamento de Cirugía General, y el doctor Jesús Javier Sola, del Departamento de Anatomía Patológica, especialistas todos de la Clínica.

Una buena respuesta al tratamiento preoperatorio se asocia a supervivencias prolongadas.

Los resultados han sido publicados por la revista *The International Journal of Radiation Oncology Biology Physics.*

Según advierte el doctor Juan Antonio Díaz González, primer autor del trabajo recién publicado, "en cáncer gástrico no metastásico, la cirugía es un elemento clave para conseguir un adecuado control de la enfermedad. Sin embargo, es conocida la capacidad de este tipo de tumor para desarrollar recaídas abdominales y metástasis. Por este motivo, en las guías internacionales está bien esta-

blecido que la cirugía se debe completar, bien con quimioterapia antes y después, o bien, posteriormente, con la administración de quimio y radioterapia".

RESULTADOS ESPERANZADORES. El doctor Díaz González recuerda que en los últimos años es creciente el uso de tratamiento preoperatorio con quimioterapia. El especialista apunta que algunos de los beneficios de esta modalidad residen en que "puede conseguir mejores tasas de cirugías radicales, sin márgenes afectos por tumor". Para el oncólogo este hecho es importante, "ya que algunos autores han afirmado que una proporción importante de los pacientes con tumores gástricos considerados resecables (operables) presentan, tras la cirugía, márgenes quirúrgicos afectados por la enfermedad", una cuestión que tiene impacto en la menor supervivencia del paciente.

En este contexto, algunos centros norteamericanos, especialmente el MD Anderson Cancer Center de Houston, han propuesto la incorporación de la radioterapia combinada con quimioterapia como tratamiento anterior a la cirugía. "Aunque hay una relativa experiencia con este tipo de tratamiento, los resultados parecen esperanzadores, ya que consiguen una proporción alta de cirugías completas, sin márgenes afectados por la enfermedad, y de respuestas completas o casi completas del tumor antes de la cirugía, lo que podría traducirse en supervivencias más prolongadas", subraya el oncólogo.

Los elevados índices terapéuticos conseguidos mediante este tratamiento en la Clínica se basan en que la administración combinada de quimioterapia y radioterapia antes de la operación induce una reducción del tamaño de los tumores, que puede llega a desaparecer completamente en un 19% de los pacientes y en un 64% presenta tan sólo un residuo microscópico de la enfermedad. Este hecho facilita la completa extirpación posterior mediante cirugía, pero además, el alto grado de respuesta tiene una influencia positiva en la supervivencia. En la experiencia de la Clínica, los pacientes tratados con la combinación de quimio y radioterapia antes de la cirugía tendrían más posibilidades de alcanzar mayor respuesta que aquellos tratados sólo con quimioterapia preoperatoria.

De izquierda a derecha, los doctores Juan Antonio Díaz González (Oncología Radioterápica), José Luis Hernández-Lizóain (Cirugía General) y Javier Rodríguez Rodríguez (Oncología Médica).

LA CIFRA

61

La investigación analizó a un total de 61 **pacientes** tratados en la Clínica con quimioterapia o quimio-radioterapia preoperatoria.

"En nuestra serie –subraya el doctor Díaz González- la quimio-radioterapia preoperatoria consiguió una tasa de resecciones (extirpaciones del tumor) con márgenes quirúrgicos libres de enfermedad en el 92% de los casos que se operaron y, lo más importante, más de la mitad de los pacientes experimentaron la desaparición casi completa de los tumores (del cáncer gástrico) como se advirtió al analizar la pieza quirúrgica".

El especialista añade que el análisis de esta serie de pacientes demuestra que la administración de quimio y radioterapia combinadas antes de la cirugía ofreció mejores tasas de respuesta que los casos en los que se aplicó únicamente quimioterapia. "Este hecho es particularmente interesante, ya que el grado de respuesta al tratamiento preoperatorio es un factor pronóstico de supervivencia", subraya. De hecho, los pacientes que alcanzaron este índice de respuesta presentan un tiempo de supervivencia muy prolongado respecto al publicado con tratamientos convencionales.

El doctor Díaz González destaca la especial coordinación que se precisa entre diversos departamentos y especialistas para proporcionar este tipo de tratamientos, "una característica esencial del Área de Tumores Digestivos, que integra el trabajo multidisciplinar de especialistas en Aparato Digestivo, Radiología, Cirugía General, Anatomía Patológica, y Oncología, principalmente. Además, es fundamental el exquisito soporte de Enfermería".

[+] MÁS INFORMACIÓN

Referencia: The International Journal of Radiation Oncology Bioloy Physics. Patterne of reponse after preoperative treatment in gastric cancer. doi: 10.1016/j.ijrobp.2010.02.054

HISTORIAS DE LA CLÍNICA

Alberto Lafuente

"La catástrofe de Pakistán es la peor de los últimos cien años"

El doctor **Alberto Lafuente**, anestesista de la Clínica, acudió al país asiático como responsable médico de un equipo sanitario de diez personas

CUN ■ "La peor catástrofe humanitaria de los últimos cien años". Así describe el doctor Alberto Lafuente Jiménez el desastre provocado por las inundaciones de finales de julio y agosto en Pakistán. Más de mil quinientos fallecidos, entre 6 y 8 millones de personas sin vivienda, 7 millones con necesidad de ayuda urgente y un total de 20 millones de afectados son las escalofriantes cifras con las que se ha saldado el desastre natural que ha vivido el país asiático. Diarreas, cuadros muy graves de deshidratación, brotes de cólera, difteria, innumerables cesáreas de urgencia, patología pediátrica y diversa tipología de infecciones son las enfermedades más frecuentes que el anestesista de la Clínica Universidad de Navarra y el equipo médico de diez personas que coordina han atendido en Pakistán. Alberto Lafuente acudió a la zona siniestrada como responsable médico del contingente sanitario enviado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El conjunto de voluntarios de la AECID que han prestado su ayuda en Pakistan estuvo dirigido por Pablo Yuste.

Además de Alberto Lafuente, el equipo médico lo integraron los doctores Marta Pardo y Mikel Molina, anestesistas de Bilbao; los doctores Iñigo Orradre y Martín Gil, traumatólogos del Hospital Virgen del Camino de Pamplona y del Hospital de Tudela, respectivamente; el doctor Juan Ariceta, especialista en Cirugía general, de Estella, y la doctora Nuria Millán, pediatra de Barcelona. El personal voluntario de enfermería está compuesto por Miren Jaione Villares, Monica Wojtysiak y Esther Martínez, de Pamplona, Barcelona y Madrid.

El equipo de voluntarios españoles aterrizó el sábado 28 de agosto en Islamabad, capital paquistaní, donde se pusieron al corriente de la situación general del país, de las necesidades sanitarias más perentorias y del hospital donde iban a ser destinados.

El doctor Alberto Lafuente es experto en ayuda en emergencias. Esta es la sexta catástrofe internacional en la que presta su ayuda como voluntario. Las anteriores fueron el terremoto del pasado enero en Haití, el desastre bélico de Afganistán, así como los causados por los terremotos de Pakistán (octubre de 2005) y los dos de Indonesia (junio de 2006 y septiembre de 2009). Su bagaje en ayuda de emergencias, se completa con su especialidad médica en Anestesia y un máster en Dirección de Sistemas de Emergencia.

En una conversación telefónica mantenida con el anestesista durante su estancia en el país asiático, Alberto Lafuente definió la de Pakistán como una emergencia "dinámica", es decir, "una situación en la que todavía no ha terminado

Decenas de pueblos quedaron aislados por la inundación.

el foco de la catástrofe, ya que sigue habiendo inundaciones y, por tanto, continúa aumentando el número de personas desplazadas, no el de fallecidos, pero sí el de personas afectadas".

Informados a su llegada de la situación general, les destinaron a un hospital ubicado al sur de Paquistán en la provincia de Sindh, una de las principales afectadas por las inundaciones.

Nos designaron un hospital maternal en Sukkur, la capital de Sindh, que es donde permanecemos. Es una de las zonas más afectadas, con muchísimos desplazados. Hemos revisado el número de campos de desplazados, hasta el 28 de agosto, hay contabilizados más de 30 campos. Hoy ya habrá más.

¿Cuáles son las principales labores médicas que han tenido que desempeñar?

Estamos un equipo hospitalario compuesto por personal quirúrgico por un lado y, por otro, de pediatría. Las cifras de asistencias que se manejan son difíciles porque quirúrgicamente se atienden sobre todo emergencias. Pero ahora mismo se están terminando este tipo de atenciones de emergencias, porque las patologías ya no son las derivadas directamente de los efectos de las inundaciones, ahora lo que vemos son más cesáreas, de las que siempre aumenta la incidencia en estas situaciones, y patologías como apendicitis, hernias...

"En la ciudad, lo que más se necesitan son los medicamentos para la malaria y para el cólera, hidroterapia, antibióticos"

"Hay miles de personas, sin nada, durmiendo a la intemperie"

"Esto es un desastre humanitario impresionante, sin precedentes"

Las organizaciones internacionales han hecho un especial llamamiento ya que uno de los sectores de población más afectados es el infantil.

Lo cierto es que llama la atención la gran cantidad de niños afectados. De hecho, ahora estamos apoyando al personal sanitario paquistaní en un hospital materno infantil. Aquí se ven unos 220 ó 250 niños al día. En este hospital ingresan diariamente entre 50 y 60 niños, la mayoría de ellos, aproximadamente el 65%, presentan cuadros de diarreas. De esas diarreas tenemos algunos brotes de cólera, disentería o diarreas no filiadas. Un 15% de malaria. Todos son datos aproximados. También vemos infecciones respiratorias, dermatológicas y sepsis, pero

PASA A LA PÁG. 32 >>

Abajo, de izquierda a derecha, Iñigo Orradre, Jon Ariceta, Martín Gil, Jaione Villares, Alberto Lafuente y Mónica Wojtysiak.

A la derecha, campamento de desplazados instalado tras las inundaciones.

<<VIENE DE LA PÁG.31

en un porcentaje más reducido. Sobre todo, lo que llama la atención son las diarreas. Los niños vienen completamente deshidratados, en un estado muy lamentable.

¿Con qué nivel sanitario se han encontrado? ¿Hay médicos suficientes?

Existe cierta carencia de médicos. Pero es cierto que, más o menos, están siendo capaces de asumir la atención de todos los pacientes que llegan al hospital, porque han venido de otras provincias de Pakistán a dar apoyo.

Existe una gran preocupación en cuanto a si la ayuda enviada desde otros países está o no llegando a los afectados.

Según lo que yo estoy viendo, hay mucha gente a la que no está llegando la ayuda, principalmente porque es muy difícil su distribución ya que en muchas ocasiones permanecen aislados y sólo puede hacerse de forma aérea. Por eso, muchas personas que están en el campo, con muy poco poder adquisitivo, sin capacidad para pagarse el transporte al hospital para poder ser atendido, a muchas de estas personas no les está llegando mucha ayuda. Y es un porcentaje muy alto. A las personas que están cerca de la ciudad o en campos de desplazados, es más fácil que les llegue la ayuda, bien por organismos oficiales o por los internacionales.

¿Ha podido visitar algunos de estos lugares más afectados?

He visitado una zona bastante dañada,

LA ZONA

Arkana, donde hay un campo de desplazados, allí sí estaba llegando la ayuda. Había llegado un sistema de potabilización de agua. Es posible que la ONU informe de que se ha declarado un brote de cólera en toda esta zona. El agua es importante. Llega a la ciudad y a los campos de desplazados, pero en las zonas rurales es muy difícil su distribución.

¿Qué materiales son más necesarios?

Hoy vamos a ir a visitar los campos de desplazados y sabré de primera mano cuáles son las necesidades reales de esta población. En la ciudad, donde estoy ahora mismo, lo que más se necesitan son los medicamentos para la malaria y para el cólera, hidroterapia, antibióticos, todas estas cosas siempre van a ser bienvenidas. En el campo, no lo sé con exactitud. En estos días que me quedan de estancia en Pakistán vamos a hacer una evaluación de las necesidades reales, de lo que requieren. Lo que llama la atención es que están durmiendo en la calle y esto no ocurría antes. Están durmiendo con lo puesto. Y no son mil o dos mil personas, son muchas más. Si no se hace bien la distribución de la ayuda por medio de una organización importante que gestione bien todos esos recursos, mucha de esas personas irán falleciendo. La verdad es que se ponen los pelos de punta porque es que son casi 6 ó 7 millones de desplazados que no tienen nada.

Mucha ayuda médica se empezará a retirar en las próximas semanas. En poco

AYUDA HUMANITARIA

"La situación sigue siendo muy crítica"

Transcurrida la fase inicial de la catástrofe ¿cuál sería ahora el principal problema?
El principal problema lo constituyen actualmente todas las personas que se han quedado aisladas, sin capacidad de acudir a un centro hospitalario porque toda la zona en la que se encuentran está inundada y es imposible que puedan acceder a un hospital. Atender a toda la gente que permanece en esta situación es imposible.

¿Qué cifra de afectados sumarían todas las personas que se encuentran aisladas sin posibilidad de acceder a los recursos de ayuda?
No sabemos cuánta gente hay afectada en esta situación. Nadie lo sabe. Entre estas personas había muchas con afectaciones muy importantes, sobre todo porque ya llevan casi un mes en esta situación. Además, en algunas zonas próximas a Sindh, se han vuelto a producir inundaciones hace poco. La situación es muy cambiante y todavía no se ha terminado la fase de emergencia. La situación sigue siendo muy crítica.

Según comenta, los propios paquistanís ya están asumiendo la atención sanitaria ¿cuál sería ahora su labor en el país?
Estamos haciendo sobre todo una valoración de las necesidades médicas en pediatría. Hoy vamos a visitar in situ los campos de desplazados para hacer una valoración completa de su situación y necesidades a donde vamos a acudir acompañados por el ejército paquistaní. Porque, la verdad, es que catalogaría este desastre como el más importante de los últimos cien años, más importante que Haití.

¿Han vivido problemas culturales en la atención médica?
Teniendo nociones básicas del Islam no nos hemos encontrado ningún problema. Partimos de que hay que tener mucho respeto. Sabemos que estamos en el Ramadán, que no nos pueden ver comer durante el día porque para ellos es una época muy importante. Pero creo que lo estamos llevando muy bien. Es cierto que el personal de enfermería trabaja con camisetas de manga larga. Pero teniendo un poco de cuidado en estas cuestiones no estamos teniendo ningún problema. Creo que estamos muy bien integrados.

.

tiempo la situación que puede quedar allí es dramática.
La AECID va a valorar qué otras ayudas se pueden prestar. No nos vamos a retirar, sino todo lo contrario. Vamos a valorar qué otro tipo de ayuda se puede prestar. De ahí la valoración que vamos a hacer en estos dos próximos días.

¿Qué otro tipo de ayuda?
Un ayuda con medios más específicos. Estamos acostumbrados a otro tipo de catástrofes, a terremotos, donde en unos minutos se destruye todo y después empezamos a trabajar. Esta es una situación nueva para todos pero sí que vamos a ver cuáles son los medios más específicos que se requieren ahora y en función de esa evaluación vamos a poder prestar una ayuda mucho más efectiva.

En cuanto a la seguridad del personal voluntario, ¿cómo es la situación?
No tenemos sensación de inseguridad. Tenemos unas normas estrictas de seguridad que debemos cumplir a rajatabla. Estamos constantemente escoltados por la policía y el ejército paquistaníes y no tengo la sensación de otras catástrofes en las que me sentía en una franca situación de inseguridad. Aquí no la tenemos.

¿Cuál sería el principal mensaje que quiere transmitir?
Me gustaría transmitir que esto es una catástrofe humanitaria impresionante, sin precedentes. Hay miles de personas, sin nada, durmiendo a la intemperie.

CON NOMBRE PROPIO

La doctora **Rosario Luquin**, del Departamento de Neurología de la Clínica, ha sido galardonada con el premio científico 'Enfermedad de Parkinson 2010' y el Premio a la Mejor Actividad Docente del año 2010 por parte de la Sociedad Española de Neurología.

Actualidad

CONGRESOS

Jornada de Cadera RESURFACING
Fecha: 29 octubre 2010
Lugar: Clínica Universidad de Navarra
Organización: Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología
T 948 25 54 00 (ext. 4551)

Actualización en el Tratamiento de la Infección Fúngica Invasora en el Paciente Pediátrico
Fecha: 5 noviembre 2010
Lugar: Clínica Universidad de Navarra
Organización: Departamento de Pediatría
T 948 25 54 00 (ext. 4251)
cmalo@unav.es

Fórum endoláser venoso
Fecha: 5 noviembre 2010
Lugar: Clínica Universidad de Navarra
Organización: Departamento de Cirugía Vascular
T 948 25 54 00 (ext. 4401)
bolleta@unav.es

Reunión Anual del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Fecha: 17 diciembre 2010
Lugar: Facultad de Medicina. Universidad de Navarra (Pamplona)
Organización: Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología
T 948 25 54 00 (ext. 4551)
isancheza@unav.es

Nuevo avance en la miocardiopatía hipertrófica

New England Journal of Medicine publica una investigación de la Clínica y el CIMA en colaboración con la Universidad de Harvard

Los doctores Begoña López, Javier Díez y Arantxa González.

CUN ■ La fibrosis miocárdica presente en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) podrá detectarse bioquímicamente antes de que aparezca el engrosamiento del ventrículo izquierdo y sus consecuentes complicaciones clínicas. Este es el principal hallazgo de un estudio publicado en la revista New England Journal of Medicine, y en el que han colaborado investigadores de la Clínica y del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA), integrados en la Red de Investigación Cardiovascular (RECAVA) del Instituto de Salud Carlos III, y científicos de la Universidad de Harvard. Al frente del equipo español ha estado el Dr. Javier Díez, director del Área de Ciencias Cardiovasculares del CIMA y catedrático de Medicina de la Universidad de Navarra. La MCH es la enfermedad cardíaca de causa genética más frecuente, afecta a 1 de cada 500 personas y puede desencadenar muerte súbita, arritmias ventriculares, disfunción ventricular e insuficiencia cardíaca. Existen dos tipos de pacientes con MCH, aquellos que presentan la mutación genética que la origina pero todavía no tienen engrosado el miocardio (enfermedad en fase preclínica) y quienes, además de la mutación, ya presentan engrosamiento del miocardio (enfermedad en fase clínica). La fibrosis del miocardio es una lesión característica de la MCH, que contribuye decisivamente al desarrollo de sus complicaciones clínicas.

Los doctores **Juan Ramón Valentí**, **Gonzalo Mora** y **Andrés Valentí**, del Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, **Dámaso Aquerreta**, del Departamento de Radiología y **Milagros Hernández**, de Hematología, han recibido el premio al mejor trabajo publicado por investigadores españoles en el año 2009 en revistas de alto impacto en cirugía ortopédica y traumatología. El premio fue otorgado en el Congreso Europeo de Cirugía Ortopédica y Traumatología. El trabajo premiado, titulado *Has Platelet-Rich Plasma Any Role in Anterior Cruciate Ligament Allograft Healing*, se publicó en la revista 'Arthroscopy'.

El doctor Jorge Iriarte, nuevo decano de la Facultad de Medicina

■ El doctor Jorge Iriarte Franco, profesor titular de Neurología, ha sido nombrado nuevo decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. Sustituye a María Pilar Civeira, que ocupaba el cargo desde octubre de 2001.

El doctor Iriarte, de 46 años y natural de Cáseda (Navarra), estudió Medicina en la Universidad de Navarra. A través del sistema MIR se especializó en Neurología en la Clínica y en Neurofisiología Clínica en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona. Tras realizar el doctorado, en 1994 se trasladó a Chicago para subespecializarse en epilepsia, electroencefalografía y trastornos del sueño en el Rush University Medical Center. En octubre de 1996 volvió a la Universidad de Navarra. En estos años ha compaginado su actividad asistencial e investigadora en la Clínica y en el CIMA, con labores docentes en la Facultad de Medicina, entre las que destacan haber sido encargado de varias asignaturas de la licenciatura, coordinador de sexto curso de Medicina y adjunto al vicedecano de estudiantes.

La AECC apoya la investigación en la Clínica y el CIMA

■ La Asociación Española de Lucha contra el Cáncer (AECC) financia dos estudios sobre metástasis del osteosarcoma infantil y sobre metástasis hepáticas de cáncer de colon en la Clínica y el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra.

El primero de los proyectos tiene como objetivo estudiar las dianas de metástasis para mejorar la supervivencia de los niños con osteosarcoma. "Se trata de un claro ejemplo de la importancia de la investigación traslacional, dirigida a la aplicación en el paciente", según Isabel Oriol, presidenta de la AECC.

El osteosarcoma es el tumor óseo maligno más frecuente en niños. En la actualidad, la supervivencia se sitúa entre un 50-70%, mientras que en pacientes con metástasis la supervivencia ronda el 10-30%. Según el Dr. Mikel San Julián, cirujano especialista en esta patología en la Clínica, "a pesar de que los resultados de supervivencia en nuestra serie clínica son del 73%, tenemos pocas herramientas para frenar el avance de las metástasis. Por eso, de este proyecto se derivarán importantes beneficios para los pacientes".

De izquierda a derecha, Fernando Lecanda, Luis Sierrasesúmaga, Isabel Oriol, Mikel San Julián y Ana Patiño.

El proyecto es un estudio multicéntrico liderado por la Clínica y el CIMA y en el que participan otros 9 centros españoles: Centro de Bioinformática del CIC (Salamanca), Hospital Universitario de Oviedo (Asturias), Hospital Universitario San Juan (Alicante), Hospital San Juan de Dios (Barcelona), Hospital La Paz (Madrid), Hospital Miguel Servet (Zaragoza), Hospital M.D. Anderson (Madrid), Hospital Belltvitge (Barcelona) y el Hospital Vall d'Hebrón (Barcelona). Según el Dr. Fernando Lecanda, investigador principal del estudio y miembro del Laboratorio de Adhesión y Metástasis del CIMA, "los resultados que se obtengan con este proyecto de investigación influirán decisivamente en el abordaje clínico pues podremos anticiparnos a la diseminación de células tumorales (metástasis) con tratamientos más selectivos. Con ello disminuirán las secuelas de las terapias actuales, lo que mejorará la calidad de vida y la supervivencia".

En España se diagnostican cada año entre 60 y 80 osteosarcomas y entre 20 y 30 sarcomas de Ewing. El 80% de estos nuevos diagnósticos afecta a niños y adolescentes.

El segundo proyecto consiste en una terapia con vacunas para prevenir metástasis hepáticas de cáncer de colon. El trabajo está financiado por la Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC).

LA CIFRA

73%

La **tasa de supervivencia** en osteosarcoma en la Clínica es del 73% a los 15 años, y la tasa de conservación de la extremidad, niños pequeños incluidos, supera el 90%. La Clínica ha tratado más de 1.400 sarcomas óseos en los últimos 30 años.

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.dolordecabeza.net/
Asociación Española de Pacientes con Cefalea con noticias, consejos, testimonios y enlaces de interés.

Libros &Webs

RECONOCIMIENTO

MENCIÓN DE HONOR A UN LIBRO CO-EDITADO POR LA DOCTORA FRÜHBECK
El libro co-editado por la doctora **Gema Frühbeck**, *Obesity: Science to Practice*, ha recibido una mención de honor en la categoría de 'Salud Pública' de los British Medical Association Book Awards 2010, un certamen internacional en el que han participado cerca de 800 publicaciones editadas por especialistas de diferentes países del mundo.

El certamen se celebró el pasado 14 de septiembre en Londres. Según la doctora Frühbeck, con este reconocimiento, el jurado ha considerado que *Obesity: Science to Practice* constituye un libro de referencia tanto para médicos, dietistas y demás profesionales sanitarios relacionados con la obesidad, así como para personal en formación, al tratarse de un material extraordinariamente didáctico que abarca de forma coherente y fácilmente entendible el diagnóstico, tratamiento y prevención de la obesidad y sus comorbilidades". *Obesity: Science to Practice* es una publicación de Wiley-Blackwell editada por los doctores Gareth Williams, endocrinólogo de la Universidad de Bristol (Reino Unido) y Gema Frühbeck, directora del Laboratorio de Investigación Metabólica de la Clínica y miembro del CIBERobn.

Convivir con la ansiedad en niños y adolescentes

El doctor Soutullo, coautor de un libro que aborda un problema frecuente para el que existen tratamientos seguros y eficaces

FICHA TÉCNICA
Título: Convivir con niños y adolescentes con ansiedad.
Autores: César Soutullo y Ana Figueroa.
Editorial: Médica Panamericana.
Nº de Páginas: 145
Precio: 15,38 euros + iva

■ El doctor César Soutullo, director de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Clínica, y la doctora Ana Figueroa psiquiatra infantil y adolescente de la Clínica del Perpetuo Socorro de Las Palmas, han editado un libro sobre el abordaje la ansiedad en niños y adolescentes. La publicación, orientada a padres, familiares y profesores de niños con ansiedad, explica en qué consiste el problema, cuándo se convierte en un trastorno y, sobre todo, cómo hay que abordarlo.

La ansiedad es uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en niños. Puede aparecer en edades tempranas y afectar su vida diaria. Se trata de una respuesta exagerada de miedo o inquietud ante una situación como, por ejemplo, quedarse solo, ir al colegio o hablar con otros niños, o frente a estímulos específicos como arañas o tormentas. Se debe a una activación exagerada de algunas partes del cerebro, originada por distintos factores genéticos, temperamentales o ambientales.

En *Convivir con Niños y Adolescentes con Ansiedad* se refuerzan tres conceptos fundamentales. Primero: los trastornos de ansiedad son problemas médicos reales, no fruto de la imaginación o del capricho del niño. Tienen un origen biológico, con base genética y temperamental. Se han descrito, en diferentes países y culturas, y no son culpa de los padres.
Segundo: Los trastornos de ansiedad producen un deterioro importante en la capacidad del niño para desarrollarse a nivel familiar, social y académico. Si no se tratan, pueden afectar al niño en el futuro, al limitar sus posibilidades de llevar una vida normal.
Tercero: Existen tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad. Suele ser necesario combinar tratamiento de psicoterapia cognitivo-conductual, (entrenando al niño y a los padres a exponerse a las situaciones que le generan ansiedad), y medicación. El riesgo de no tratar al niño supera con creces el de tratarle.

El doctor Soutullo.

www.plusesmas.com/salud/
Página web con información sobre los problemas de salud que pueden aparecer durante la tercera edad.

www.vacunasaep.org/
El portal sobre las vacunas de la Asociación Española de Pediatría con áreas específicas para padres y profesionales.

Pediatría

EL CÓLICO DEL LACTANTE

Autor: Raúl Guzmán
Número de Páginas: 88
Precio: 12 euros

■ El cólico del lactante es una alteración benigna y autolimitada que tiende a desaparecer espontáneamente a partir del cuarto mes de vida. Se considera que el bebé presenta este problema cuando tiene tres horas de llanto al día, durante tres días a la semana, durante tres semanas. Lo primero que se ha de tener en cuenta es que se trata de una alteración benigna y autolimitada que tiende a desaparecer espontáneamente alrededor del cuarto mes de vida. Son inocuos y tienden a presentarse en lactantes con temperamento sensible y necesidad de sueño inferior a lo normal. Comúnmente se define como un llanto incontrolable, paroxístico, sin causa identificable, mas frecuente a últimas horas de la tarde, en un lactante sano entre las dos semanas y los cuatro meses de edad. Suele acompañarse de rigidez, flexión de miembros inferiores sobre el abdomen y meteorismo.

Nutrición

ALIMENTACIÓN Y DEPORTE

Autores: Javier Ibáñez e Iciar Astiasarán
Editorial: Eunsa
Número de Páginas: 256
Precio: 17 euros

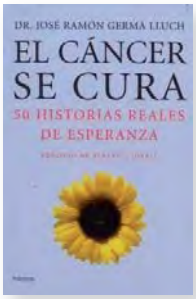
■ La Declaración de 2009 de la Asociación Americana de Dietética, la Asociación de Dietética de Canadá y del Colegio Americano de Medicina del Deporte señala que la actividad física, el rendimiento deportivo y la recuperación mejoran con una alimentación adecuada. En este libro, el lector encontrará un respaldo científico de cómo debe ser la alimentación antes, durante y después de una sesión de entrenamiento y de la competición, y del papel que los suplementos nutricionales, la creatina o la cafeína pueden jugar en la mejora del rendimiento físico. También podrá consultar un modelo de evaluación nutricional, algunas particularidades relacionadas con el deportista vegetariano y cómo afrontar situaciones especiales relacionadas con la triada de la mujer deportista y detalles sobre el ejercicio físico en condiciones de calor y humedad.

Geriatría

ALZHEIMER: MANUAL DE INSTRUCCIONES

Autor: Nolasc Acarín
Editorial: RBA
Número de Páginas: 128
Precio: 16 euros

■ Es un libro de divulgación sobre el Alzheimer y las otras enfermedades que provocan demencia, sus orígenes, causas, síntomas y trastornos. A partir del comienzo de la enfermedad de Alzheimer se van superando una serie de etapas que llevan lentamente a la incapacitación. En el libro se exponen algunos sistemas de valoración de los enfermos y las escalas que definen el grado de la evolución. De forma amena y didáctica se explican las diferentes formas de demencia, la evolución, las exploraciones convenientes, los tratamientos y los recursos asistenciales, de manera fácilmente comprensiva para cualquier persona sin formación médica. Se incluye un conjunto de recomendaciones y consejos para familiares y cuidadores, a quienes el autor dedica el libro, resaltando la dura experiencia que sufren a lo largo de muchos años.

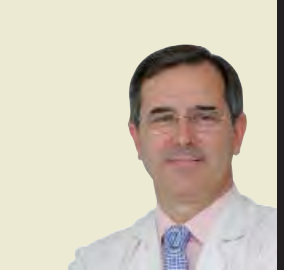


Oncología

EL CÁNCER SE CURA: 50 HISTORIAS REALES...

Autor: José Ramón Germa Lluch
Editorial: Planeta
Número de Páginas: 336
Precio: 21,50 euros

■ *El cáncer se cura* es un libro que mezcla la historia novelada de los principales hitos de la lucha contra el cáncer con historias de pacientes tratados por el propio autor, con el denominador común de una evolución favorable a pesar de las malas expectativas iniciales. El doctor José Ramón Germà Lluch, con más de treinta años de experiencia oncológica, desgrana con gran precisión la visión positiva de todos y cada uno de los hallazgos que se han producido en el campo de la medicina oncológica.



FIRMA INVITADA
SALVADOR MARTÍN ALGARRA

Todo bajo el sol

ESO DICE EL SPOT PUBLICITARIO: *Spain, everything under the sun*. Y así lo han entendido las decenas de millones de turistas que a lo largo de los últimos treinta años han inundado y disfrutado del sol de nuestra tierra y de nuestras playas. Desde luego, a nosotros, no hace falta que nos recuerden que en España todo esta bajo un sol cálido y luminoso que invita a disfrutar. Tan pronto como asoma el mes de mayo y el trabajo y la temperatura lo permiten, llenamos playas, piscinas y montes para relajarnos, entretenernos y, muy, pero que muy importante, para broncearnos. Porque... ¿quién no quiere tener, al menos, un poco de color durante el verano?

No se trata solo de que al estar bronceados nos sintamos mejor y más atractivos. No, no se trata solo de eso. Sabemos, porque lo notamos, que la exposición al sol tiene beneficiosos efectos sobre nuestro organismo. Baste con mencionar que mejora el estado de ánimo tras el frío invierno y la lluviosa primavera, y que es fundamental para el metabolismo del calcio y la prevención de la osteoporosis, tan amenazante para todos, de un modo especial para las mujeres que cruzan el umbral de la cincuentena.

Con esta perspectiva, ¡cómo no vamos a entender que los visitantes nórdicos y centroeuropeos nos visiten! Claro que lo entendemos, porque el sol que nos cubre y nos calienta es genial. Pero aun siendo así, no debemos olvidar que el ritmo de vida con el que actualmente vivimos bajo él puede no serlo tanto y pasarnos algunas facturas de muy alto precio.

Del culto a la piel pálida de hace tan solo unas generaciones, con el que parecía decirse: "no tengo necesidad de salir a la intemperie para ganar un sustento", hemos pasado a querer que con el color de nuestra piel todo el que nos mire entienda que "tenemos tiempo libre y no somos de esos que se consumen en la oficina o en la fábrica". Y para conseguir trasmitir ese mensaje, ocasionalmente nos exponemos de forma episódica, imprudente o exagerada a insolaciones graves que dejan huella en nuestra piel, en forma del denominado daño solar.

Pues bien, la consecuencia más alarmante y peligrosa del daño solar es un tipo de cáncer, un tumor de las células pigmentadas de la piel al que llamamos melanoma.

Afortunadamente, al tratarse de una enfermedad que casi siempre se manifiesta como una mancha en la piel que puede ser fácilmente reconocida por especialistas en dermatología, es muy frecuente que se identifique y se reseque en una fase muy precoz. Cuando todavía está muy localizada. Esto significa que con intervenciones pequeñas la amenaza de cáncer invasivo queda superada. Pero desgraciadamente, no en todos los casos se consigue superar la enfermedad.

Descuidos, retrasos o situaciones sin una explicación médica clara, pueden hacer que el melanoma salga del punto donde se ha originado y se escape a otros órganos, casi siempre y en primer lugar a los ganglios linfáticos vecinos, lo que complica considerablemente el tratamiento y pronóstico de esta enfermedad, ya que durante muchos años, el tratamiento del melanoma avanzado ha sido una de las áreas con menos desarrollo en medicina.

Y ¿por qué hablar de este tema ahora? Pues bien, porque hay buenas noticias que hacen pensar que el futuro de los pacientes con melanoma avanzado va a cambiar. A los espectaculares resultados que ha supuesto el estudio del ganglio centinela, que simplifica y reduce la morbilidad de la cirugía inicial, en los últimos meses se han demostrado al menos dos nuevas vías de tratamiento de la enfermedad avanzada o irresecable.

Por una parte con medicamentos que potencian la respuesta inmunológica natural al bloquear la acción de unas moléculas denominadas CTLA 4, que están presentes en la membrana de linfocitos T y que disminuyen la respuesta del propio organismo frente al melanoma.

En segundo lugar mediante otros medicamentos a los que llamamos inhibidores de BRAF, que impiden la función de proteínas fundamentales para las células de melanoma.

Los ensayos clínicos realizados con estos dos nuevos tipos de medicamentos han tenido resultados jamás alcanzados anteriormente.

Por tanto, hay motivos fundados para confiar en el futuro. Tras años de investigaciones infructuosas y de considerables frustraciones de pacientes y de oncólogos, estas nuevas noticias abren un horizonte de esperanza que no vamos a dejar escapar y que nos van a conducir a cambiar completamente el tratamiento médico del melanoma.

***Salvador Martín Algarra** es especialista en oncología de la Clínica Universidad de Navarra*

CON EL DESCUENTO EN LOS TALONES

No habrá factura del hogar que pueda librarse de él.

NUEVA CUENTA NÓMINA

EL ESTIRÓN

Tus facturas mensuales se reducen.
Tu nómina parece que se estira.

6% de descuento

en los recibos del hogar el primer año, para nuevos clientes[1]. Benefíciate de una bonificación de **hasta 42 euros cada mes.**

Además, **sin comisiones** de administración y mantenimiento, con las tarjetas VISA y 4B MasterCard **gratis** y con un adelanto de la nómina de hasta 1.800 euros[2], **sin ningún gasto.**

[1] El resto de años te podrás beneficiar del 2% de descuento de los recibos del hogar (hasta 14 euros cada mes). Se consideran recibos del hogar; teléfono fijo, móvil, Internet, gas, luz y comunidad de propietarios.
[2] Sujeto a los análisis de riesgo de los clientes.

RBE: 186/10

BANCO POPULAR

www grupobancopopular.es

móvil grupobancopopular.mobi

teléf 902 301 000

Apartamentos y habitaciones junto a la Clínica Universidad de Navarra

- ***Apartamentos de lujo*** en la Avenida Pío XII.
  Perfectamente equipados y amueblados.
- ***Habitaciones*** desde 32 euros al día.
  Limpieza diaria, cambio de sábanas y toallas.

Gestión de Alojamientos y Servicios Inmobiliarios

Travesía Acella 1, bajo
(frente a Clínica Universidad de Navarra)
T. 948 250 250
www.alojamientosenpamplona.com
info@gestiondealojamientos.com