noticias.cun
REVISTA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA ENERO - MARZO 2011 NÚMERO 075

Ensayo clínico. Inmunoterapia en metástasis hepáticas de cáncer colorrectal. 12-14

Cáncer de pulmón. Un TAC preventivo anual reduce los fallecimientos en un 20%. 4-6

Células madre adultas contra fístulas por enfermedad de Crohn. 20-23

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

ENSAYO CLÍNICO

Fístulas por Crohn. Una investigación probará la eficacia de las células mesenquimales del propio paciente. **20-23**

075
Ene-Mar 2011

Prevenir el cáncer de pulmón. Un TAC anual, eficaz en población de riesgo. **4-6**
Disección total de aorta. Tres prótesis y un autotrasplante renal consiguen resolver la importante lesión. **8-11**
Ensayo clínico. Prueba la eficacia de la inmunoterapia en metástasis hepáticas de cáncer colorrectal. **12-14**
Sialoendoscopia. Técnica mínimamente invasiva para desobstruir conductos salivales. **16-18**
Premios BIC. La Clínica resultó premiada en dos especialidades. **26**
Cáncer de próstata avanzado. Un nuevo tratamiento con quimioterapia mejora la supervivencia. **28-29**
Historias de la Clínica. Damián Frontera mantiene a raya el Parkinson con su incesante actividad. **30-32**
Actualidad Las noticias de la Clínica. **34-35**
Libros y webs Recomendaciones para estar bien informado en temas de salud. **36-37**
Firma invitada. El doctor Hernández Estefanía y la cirugía de la fibrilación auricular. **38**

EDITORIAL

Una esperanza más contra el cáncer de pulmón

EN EL NÚMERO de enero-marzo de 2007, esta revista dedicaba su portada a los efectos devastadores del tabaco sobre la salud y afirmaba que "los TACs anuales preventivos mejoran la supervivencia en cáncer de pulmón". Nos hacíamos eco entonces de las conclusiones del Estudio Internacional sobre Detección Precoz del Cáncer de Pulmón (IELCAP) en el que la Clínica y el CIMA de la Universidad de Navarra fueron los únicos centros españoles participantes en esta investigación internacional, cuyos resultados se publicaron en *The New England Journal of Medicine*, una de las publicaciones biomédicas más prestigiosas del mundo. Casi cinco años después, otra investigación, desarrollada por el National Cancer Institute (NCI) y financiada por el Gobierno de Estados Unidos, ratifica las conclusiones de aquel estudio y afirma que "la realización de un TAC preventivo anual de tórax de baja dosis en el grupo de riesgo disminuye en al menos un 20% la mortalidad respecto a los enfermos de cáncer de pulmón controlados mediante una radiografía de tórax".

La mejor arma contra el cáncer de pulmón es, sin duda, no fumar. Pero en fumadores y ex fumadores la realización de un TAC preventivo anual reduce de manera importante la mortalidad por esta enfermedad que mata a 1.300.000 personas en el mundo todos los años.

Noticias de la Clínica Universidad de Navarra. Número 75. Primer trimestre 2011. 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). **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

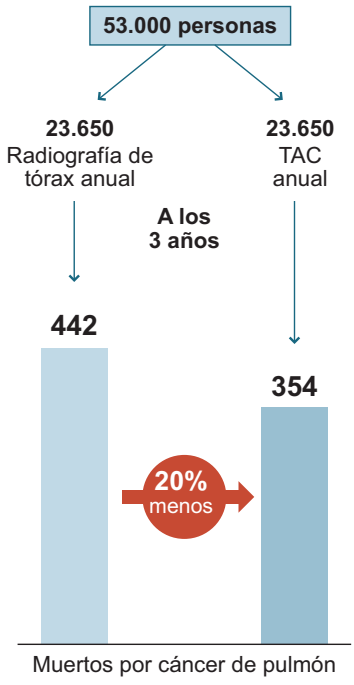
AVANCES CLÍNICOS

Un TAC preventivo anual, eficaz para reducir las muertes por cáncer de pulmón

Consigue una **disminución del 20%** de los fallecimientos respecto a las exploraciones con radiografías en población de riesgo

CUN ■ La realización de un TAC preventivo anual en la población de riesgo —fumadores y ex-fumadores de entre 55 y 74 años— ha demostrado su eficacia en la reducción de las muertes por cáncer de pulmón, según los resultados de una investigación desarrollada por el *National Cancer Institute* (NCI) y financiada por el Gobierno de Estados Unidos. Las conclusiones de este estudio realizado en una muestra de 53.000 personas vienen a refrendar la importancia de esta prueba diagnóstica en el aumento de la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón, tal y como reveló el estudio internacional del IELCAP, en el que participaron la Clínica y el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra como únicos centros españoles. En la actualidad interviene también el Instituto Valenciano de Oncología (IVO).

Los resultados obtenidos por el NCI, publicados por la entidad americana recientemente y de los que se ha hecho eco toda la prensa estadounidense, revelan que la realización de un TAC preventivo anual de tórax de baja dosis en el grupo de riesgo, con un seguimiento de tres años, disminuye en un 20% la mortalidad respecto al grupo controlado durante el mismo tiempo mediante una radiografía de tórax.



Según el doctor Javier Zulueta, director del Departamento de Neumología de la Clínica e investigador principal del estudio internacional del IELCAP en España, los resultados del estudio de NCI suponen "un espaldarazo" a las conclusiones obtenidas en el trabajo internacional en el que participan la Clínica y el CIMA. No obstante, el especialista se mostró crítico con la metodología seguida por la institución americana para comprobar la eficacia del TAC en la detec-

Los doctores Bastarrika y Zulueta examinan un TAC de pulmón.

ción precoz del cáncer de pulmón ya que, a su entender, "infravalora la potencialidad del TAC en el cribado de esta patología".

UN 20% MENOS DE MUERTES. El NCI comenzó el estudio, impulsado por el gobierno estadounidense, como consecuencia de los resultados de las investigaciones del grupo internacional IELCAP que demostraron que con el TAC torácico de baja dosis de radiación se detecta el cáncer de forma precoz y, por tanto, aporta elevadas posibilidades de curar la enfermedad. Sin embargo, la metodología empleada por el estudio IELCAP no incluía un grupo control —al que no se le realizase el TAC preventivo— con el que comparar los resultados obtenidos con los pacientes a quienes sí se les realizaba la prueba diagnóstica. "Las críticas al IELCAP siempre se basaban en este aspecto, en que sus resultados no tenían la comparación con un grupo control", indica el doctor Zulueta.

Por este motivo, el NCI de EE.UU. desarrolló una investigación en más de 53.000 personas con factores de riesgo, que se dividieron en dos subgrupos del mismo número de individuos cada uno. En uno de ellos se les realizó un TAC de tórax de baja dosis de radiación de forma anual durante tres años, mientras que al otro grupo se le controló con la misma frecuencia y en el mismo período de tiempo mediante radiografías torácicas. Las muertes por cáncer de pulmón en el grupo controlado con radiografía ascendieron a 442, mientras que en el conjunto de personas seguidas con un TAC se produjeron 354 fallecimientos, un 20% menos.

Los resultados refrendan la importancia de la prueba diagnóstica en la supervivencia de los pacientes con este tumor

En el estudio internacional del IELCAP participaron la Clínica y el CIMA como únicos centros españoles

CRÍTICA A LA METODOLOGÍA DE NCI. Según critica el especialista de la Clínica, "al examinar a uno de los grupos mediante radiografías, disminuye la posibilidad de que los resultados del TAC tuvieran éxito, ya que para conocer la eficacia total del escáner torácico habría que haber hecho la comparación con un grupo al que no se le hubiese practicado ningún tipo de prueba diagnóstica. Para nosotros la comparativa con un grupo controlado con radiografía de tórax ya constituía un problema de diseño". Teniendo en cuenta que el protocolo seguido por el estudio del NCI no es idéntico al desarrollado por el IELCAP, para el neumólogo los resultados de la entidad americana "infravaloran el potencial de la eficacia del TAC, por lo que todavía resulta mucho más llamativo que haya resultado positiva la eficacia del

PASA A LA PÁG. 6 >>

<<VIENE DE LA PÁG.5
escáner. Si hubiesen utilizado la misma metodología que empleamos en el IELCAP, las diferencias de eficacia en la reducción de la mortalidad hubieran sido todavía mucho mayores".

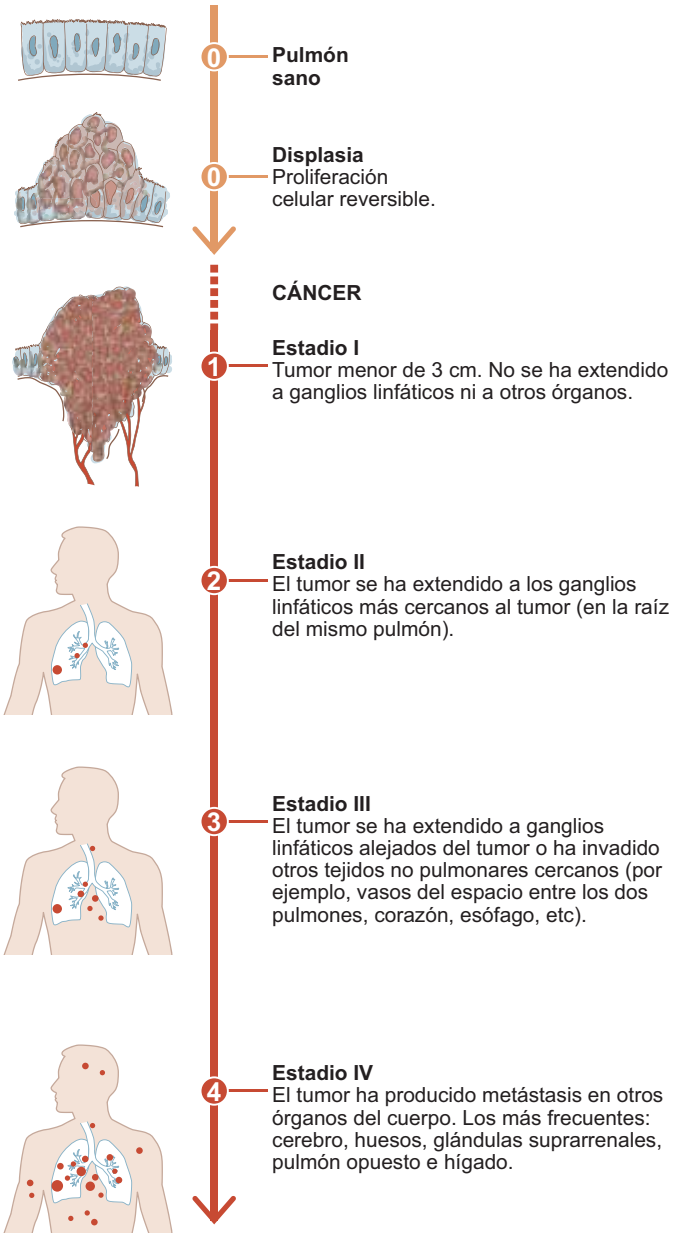
ESPALDARAZO AL IELCAP. No obstante, el doctor Zulueta se muestra muy optimista ante las conclusiones de la investigación americana y considera que estos resultados constituyen "un espaldarazo a lo que habíamos demostrado nosotros. En nuestro estudio comprobamos que el TAC torácico conseguía detectar cánceres en estadio 1 (fase inicial) en un porcentaje elevadísimo, en el 85% de todos los diagnosticados. Lo habitual es que el 85% de estos tumores se detecten en estadio 3 ó 4, una fase mucho más avanzada, en la que la curación ya es mucho más difícil", subraya.

El IELCAP ha demostrado también que en los 15 años de seguimiento del estudio, que continúa activo, "siguen vivos el 80% de los pacientes con cáncer de pulmón". Por tanto, los resultados recién publicados del *National Cancer Institute*, "vienen a subrayar que las conclusiones del IELCAP eran correctas y que a partir de ahora, obviamente, va a cambiarse la forma de considerar los programas de cribado de cáncer de pulmón", destaca el doctor Zulueta.

[+] MÁS INFORMACIÓN
www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/neumologia/

Los doctores Jesús Pueyo (Radiología), Javier Zulueta (Neumología) y Luis Montuenga (Oncología del CIMA).

FASES DEL CÁNCER DE PULMÓN



EL SCREENING COMO PROPUESTA

Replanteamiento de los planes de detección precoz

A pesar de lo reciente de la publicación de los resultados de la entidad americana, "ya se están cuestionando muchos factores a cerca de los cambios que es necesario realizar. En mi opinión, si las administraciones no observan este tema con otros ojos estarán perdiendo una gran oportunidad de reducir las muertes por una de las enfermedades más mortales de nuestro tiempo". El cáncer de pulmón es la enfermedad oncológica más común y de peor pronóstico, con una mortalidad superior a la suma de los fallecimientos por cáncer de colon, de páncreas y de próstata juntos.

Según el doctor Zulueta, tras las conclusiones americanas, el debate ya no se centra en la evidencia científica de la eficacia de la prueba si no en el coste de la posible puesta en marcha de programas de *screening* (de detección precoz) de cáncer de pulmón, y en los criterios que se deberán seguir para seleccionar a las poblaciones de riesgo. "La cuestión del coste depende de si se observa a corto o a largo plazo. Mirada a corto plazo, obviamente, es necesario hacer inversiones, no gastos, sino inversiones. Pero a largo plazo constituirá un ahorro, ya que tratar un cáncer de pulmón en estadio avanzado es mucho más costoso y menos efectivo que la detección precoz.

Con estos resultados sobre la mesa, el especialista insta a las administraciones a diseñar programas de detección precoz de cáncer de pulmón para la población general.

MARTINTXO
ASADOR · SIDRERIA
de la huerta
del mar
de la tierra
Nuestra historia se remonta a los años setenta, cuando apenas existía el concepto de Asador tal y como hoy lo conocemos. Nuestra apuesta: una gastronomía basada en un profundo respeto por el producto y una delicada manipulación en cocina, potenciando los sabores puros que nos ofrecen la huerta, el mar y la montaña.
Hoy mantenemos la misma filosofía, indagando hasta encontrar los mejores pescados y mariscos, las mejores carnes, personalmente, sin intermediarios; produciendo nosotros mismos algunos productos en nuestras huertas y granjas.
Así alcanzamos nuestra plena satisfacción: ver cómo nuestros clientes nos despiden con una sonrisa y un "hasta pronto".
Calle Irunbidea, 1 · 31190 Cizur Menor · Navarra
Tel. 948 180 020 · Fax 948 183 890
www.martintxo.com · lasidreria@terra.es
GPS: Latitud 42.78817 N · Longitud 1.67576 W

AVANCES CLÍNICOS

Resuelven una disección total de aorta con una prótesis personalizada y un autotrasplante renal

La paciente requirió la atención de un equipo multidisciplinar de la Clínica para solventar el grave problema vascular que comprometía su vida

Los doctores Gaudencio Espinosa e Ignacio Pascual.

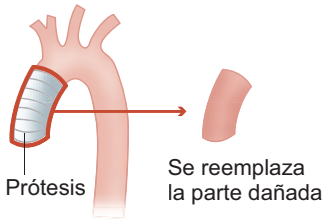
CUN ■ Especialistas de la Clínica han conseguido resolver una disección total de la arteria aorta que comprometía la vida de una paciente tras practicarle tres intervenciones quirúrgicas. En la última fue preciso realizar a la paciente un autotrasplante de riñón para preservar el riego sanguíneo en este órgano. Para el tratamiento de la paciente fue necesaria la intervención de un equipo de más de diez especialistas de la Clínica pertenecientes a los departamentos de Cirugía Vascular, Urología, Anestesia, Hemodinámica, Nefrología, Medicina Nuclear, Radiología, Radiología Intervencionista y Medicina Interna.

La paciente Margarita Andetxaga, guipuzcoana de 66 años, presentaba una disección aguda de toda la arteria aorta. Años atrás había sufrido un aneurisma de la aorta ascendente, del que le operaron en Bilbao sustituyéndole el tramo afectado por una prótesis sintética. Al cabo de dos años comenzó con un fuerte dolor abdominal y la paciente acudió a la Clínica donde, tras realizarle diversas pruebas de imagen, se comprobó que la disección

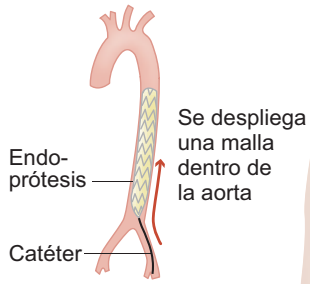
INTERVENCIONES REALIZADAS

Es el primero en el mundo que se realiza con el objetivo de colocar una endoprótesis en la aorta.

1 Primera prótesis
Se implanta para solucionar un desgarro en la aorta ascendente de la paciente.

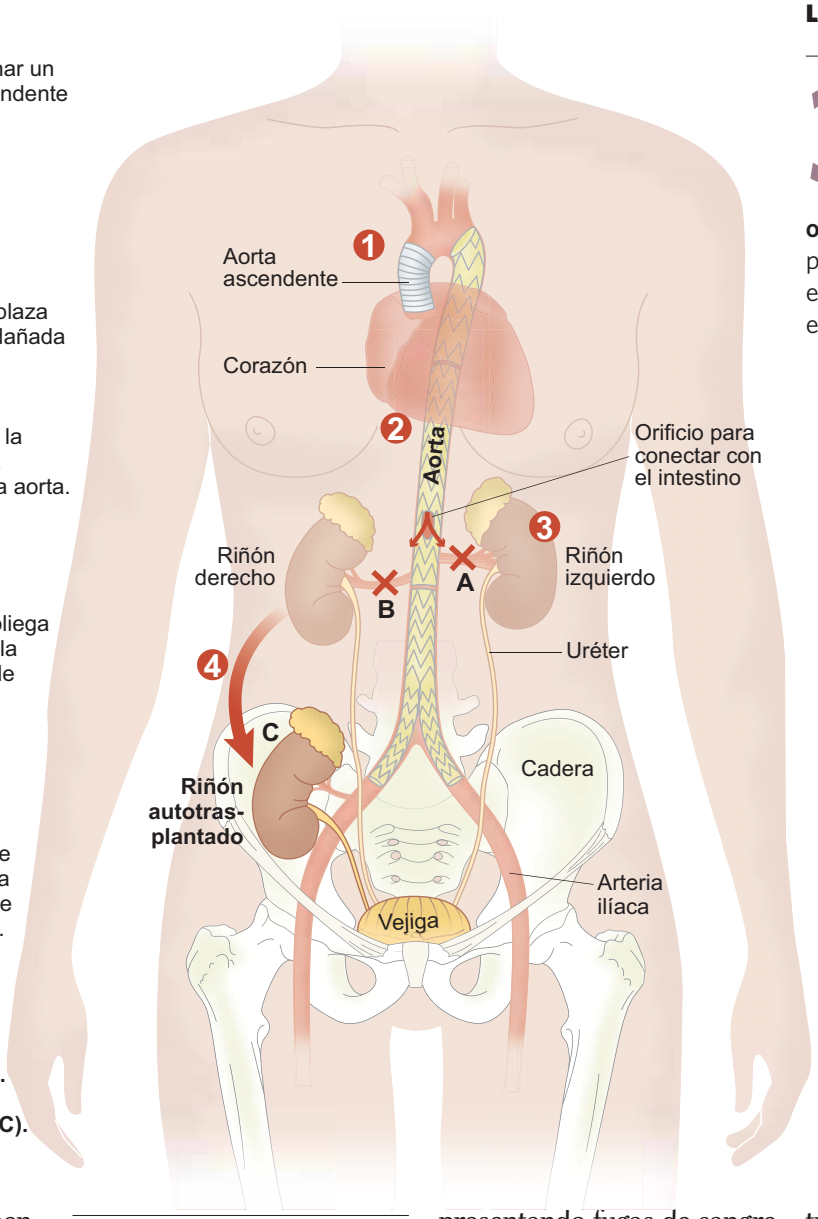


2 Endoprótesis
Se colocan tres. Corrigen la disección (desgarros) y la dilatación exagerada de la aorta.



3 Pérdida de un riñón
La arteria que lleva sangre al riñon izquierdo **(A)** tenía fugas, por lo que hubo que taparla: el riñón se perdió.

4 Autotrasplante de riñón
Una de las endoprótesis taparía la arteria que riega el riñón derecho **(B)**. Para evitar su pérdida se ubicó en un nuevo lugar **(C)**.



LA CIFRA

3

operaciones distintas requirió la paciente para implantarle tres endoprótesis distintas y salvarle el riñón.

de la aorta era prácticamente total, así como la fragilidad de la pared arterial.

Con tal motivo, un equipo liderado por el doctor Gaudencio Espinosa, director del Departamento de Cirugía Vascular de la Clínica, le practicó una intervención en la que se le implantaron dos endoprótesis, una en la región torácica de la aorta y otra en la abdominal, con el fin de reforzar toda la pared arterial y aislar la disección del vaso. Para ello fue necesario someter a la paciente a dos operaciones.

AUTOTRASPLANTE RENAL. Sin embargo, el doctor Espinosa recuerda que tras estas complejas cirugías "se observó que la paciente continuaba presentando fugas de sangre en la aorta. Localizamos el problema a la altura de la arteria renal izquierda. Nos dimos cuenta de que si colocábamos otra endoprótesis impediríamos el riego sanguíneo al riñón. Con tal motivo, decidimos trasladarle el riñón a otra localización, a la altura de la pelvis, conectado a la arteria iliaca". De este modo, en la tercera intervención el doctor Ignacio Pascual, director del Departamento de Urología de la Clínica procedió al autotrasplante renal. Posteriormente, el equipo del doctor Espinosa colocaba otra endoprótesis en la conexión de la aorta con la arteria renal. "Es la primera vez en el mundo que se realiza una operación de autotrasplante renal por este motivo", subraya el especialista.

"Si colocábamos otra endoprótesis impediríamos el riego sanguíneo al riñón. Por eso lo trasladamos a otro lugar".

Esta tercera prótesis fue necesario encargarla a Estados Unidos donde la elaboraron de forma personalizada

Esta tercera prótesis fue necesario encargarla a Estados Unidos donde la elaboraron de forma personalizada adaptada a las características de la región de la aorta que debía subsanar. "Lo importante de esta prótesis —advierte el doctor Espinosa— es que debía mantener las conexiones con las ramas de la arteria mesentérica que desembocan en el intestino. Era la primera vez que fabricaban una prótesis con estas características".

Ocho meses más tarde de la última intervención, la paciente fue sometida a un reconocimiento médico de control cuyo resultado fue satisfactorio.

"El apoyo tan cercano de los médicos fue muy importante para mí"

Margarita Andetxaga una vez recuperada se propone disfrutar de la vida.

Margarita Andetxaga sufrió una disección total de aorta que precisó de tres intervenciones para salvar su vida

CUN ■ Margarita Andetxaga (Guipúzcoa, 1944) reside en un caserío en medio del campo, en la localidad guipuzcoana de Eskoriatza, próxima a Mondragón. Toda su vida la ha dedicado a trabajar. Primero en las labores propias del caserío, en colaboración con su marido, compaginándolo con su trabajo diario en una fábrica de cerraduras. Más tarde, al quedarse viuda a los 52 años, con dos hijos, tuvo que asumir todo el trabajo de sostenimiento de la casa y de las tierras, además de otros trabajos de fin de semana. "La verdad es que no he parado de trabajar toda mi vida, hasta que me diagnosticaron la disección de aorta hace tres años", asegura.

Aquel día a Margarita la recogió del suelo una tía suya. Había perdido el conocimiento. Una ambulancia le trasladó al Hospital de Vitoria donde le diagnosticaron una disección de aorta.

Había sufrido también dos infartos cerebrales. Ante la complejidad de la situación médica, fue remitida a un hospital de Bilbao. "Al llegar allí me operaron de urgencia y con pocas esperanzas de que saliera adelante. Me colocaron una prótesis en la aorta". Estuvo hospitalizada durante un mes, una parte importante en la UCI, debi-

"Los médicos me dijeron que debía estar contenta porque, a pesar de mi situación, tenía oportunidad de curarme"

"Entre tanto, me tuvieron que poner un marcapasos porque en las operaciones mi corazón se paró en varias ocasiones"

"Todos me dicen que ahora me toca disfrutar de la vida"

do a que sufrió un encharcamiento de los pulmones. "En aquella ocasión me ingresaron porque presentaba un cuadro muy complejo", recuerda. Ya de alta en su casa, a pesar de la pérdida de 15 kilos de peso, su estado de salud comenzó a remontar. "Durante un año comencé a encontrarme mejor, iba a pasear y a hacer una vida bastante normal", recuerda. Pero el segundo año su situación empeoró, y la familia asustada decidió que le trataran en la Clínica Universidad de Navarra. "Años antes habían operado de corazón en la Clínica a nuestra madre y todo fue muy bien. De hecho, no volvió a tener problemas de corazón nunca, durante más de 15 años", apostilla.

La primera consulta con los especialistas de la Clínica en Pamplona la mantuvieron a finales de noviembre de 2009. En diciembre le sometieron a todas las pruebas analíticas y de imagen necesarias y el 27 de enero entró en quirófano.

¿En qué situación llegó a la Clínica?

En muy mala situación. El mío era un caso de urgencia. Tenía dolores muy fuertes en el abdomen debido a la disección de la aorta. Cuando nos recibió el doctor Gaudencio Espinosa en la consulta y después de ver mi historial médico nos dijo que presentaba una situación muy delicada y complicada. Pero él nos dio esperanza y aunque conforme transcurría el tiempo se iba complicando más, él no desistió en ningún momento. Además, me visitaba mañana y tarde, incluso los fines de semana. Y ese apoyo, para un enfermo que está pasando por una situación tan delicada como la mía, es muy importante, ayuda muchísimo. Me daba mucha confianza.

Su estado de ánimo tampoco le acompañaba.

Lloraba en todas las consultas. Pero me daban ánimos, el doctor Yuste de Medicina Interna me dijo que con la cantidad de pacientes a los que los médicos deben decir que no tienen nada que hacer, yo debía estar contenta porque, a pesar de mi delicada situación, yo sí tenía oportunidad de curarme.

Entró en el quirófano para una primera intervención el 27 de enero de 2010.

Me intervinieron para ponerme una endoprótesis en la parte superior de la aorta. Después tuvieron que hacerme una segunda operación para implantarme otra prótesis en la parte descendente.

Un caso muy complicado porque llegó a precisar de un autotrasplante de riñón para poderle implantar una tercera endoprótesis.

Sí. En los meses que he estado aquí he perdido ya la cuenta de las veces que me han intervenido. Tuvieron que hacerme un autotrasplante de riñón porque no era suficiente con las dos primeras prótesis de aorta y tuvieron que pedirme otra a medida a Estados Unidos para implantármela en la zona más baja. Para podérmela colocar tuvieron que quitarme el riñón y colocármelo desplazado. Ha sido muy complicado. Entre tanto, me tuvieron que poner un marcapasos porque en las operaciones mi corazón se paró en varias ocasiones.

El doctor Espinosa junto a su paciente, Margarita Andetxaga.

Un cuadro médico que se iba complicando en unos aspectos a la vez que mejoraba en otros ¿Cuándo fue la última intervención quirúrgica que le hicieron?

Fue el pasado 13 de julio. En esta operación me colocaron la última prótesis en la aorta, la que me tuvieron que encargar a medida y me permite la unión con el riñón.

Y tres años después de los graves problemas médicos que presentaba, ¿cómo se encuentra ahora?

Me encuentro muchísimo mejor, duermo mejor, y como muy bien, porque llegó un momento en que no comía nada. Tenía muchísimos dolores.

¿Cuál es actualmente su situación médica?

He estado en revisión y me han dicho que hasta dentro de ocho meses no tendría que volver a revisión.

Eso es que usted está muy bien ¿ha dejado de llorar cada vez que va a consulta?

La verdad es que estoy mucho mejor. Ya en la última operación no lloré. Pensé que fuera lo que Dios quisiera. Pero además es que he mejorado muchísimo. Sólo puedo decir que estoy encantada con todos los médicos, enfermeras, con los sanitarios. Con todo el personal que me ha atendido. El doctor Espinosa estuvo en todo momento pendiente, así como los especialistas de Medicina Interna y Cardiología y de todas las especialidades que me han atendido.

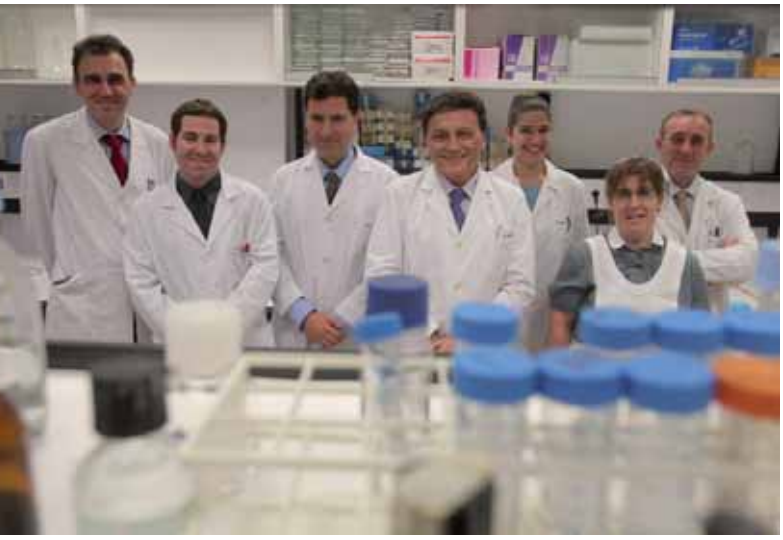
Ahora que está ya fuera de peligro ¿qué le dice su familia?

Están todos muy contentos y yo encantada. Me dicen que ahora me toca disfrutar de la vida.

AVANCES CLÍNICOS

Comienza un ensayo clínico con inmunoterapia para metástasis hepáticas de cáncer colorrectal

El primer estudio sobre este tratamiento consiste en inducir una respuesta inmune antitumoral inyectando **células dendríticas** del propio paciente



De izquierda a derecha, los doctores José Luis Pérez Gracia, Carlos Alfaro, Ignacio Melero, Fernando Pardo y Elixabet Bolaños, la enfermera Iosune Goicoechea y el doctor Enrique Andreu.

CUN ■ La Clínica ha obtenido la autorización para poner en marcha un ensayo clínico de inmunoterapia mediante células dendríticas encaminado a evitar la recidiva en pacientes con metástasis hepáticas de un cáncer colorrectal, tras la extirpación quirúrgica de éstas.

Se trata del primer ensayo de este tipo en el mundo con carácter aleatorio para casos de enfermedad mínima residual postquirúrgica. De forma resumida, el estudio consiste en vacunar a los pacientes con células dendríticas -características del sistema inmunitario- con el fin de inducir una respuesta inmunitaria que evite la progresión de la enfermedad.

En el ensayo van a participar pacientes de la Clínica y del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra. Está dirigido a personas que han sufrido metástasis en el hígado como consecuencia de un carcinoma colorrectal. "Aunque se eliminen todas las lesiones visibles de cáncer en el hígado, es probable que permanezca algún tumor indetectable o microscópico y la enfermedad reaparezca, es decir recidive, en meses posteriores a la cirugía. Para intentar evitarlo se aplica qui-

El doctor Alfaro examina una imagen de células dendríticas vistas a microscopio.

mioterapia antes y después de la cirugía, según distintos protocolos. Sin embargo, y aunque la intervención quirúrgica esté muy bien realizada, aproximadamente la mitad de estos pacientes presentará recidivas de la enfermedad. Por tanto, el objetivo del ensayo es influir en esos casos cuya evolución sería la recidiva", explica el director del estudio, el doctor Ignacio Melero, especialista del Departamento de Oncología y director del Laboratorio de Inmunología del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA), perteneciente a la misma universidad.

El ensayo está financiado en su mayor parte por la Dirección General de Terapias Avanzadas y Trasplantes del Ministerio de Sanidad y Política Social a través de la Plataforma Española de Investigación Clínica, CAIBER, al que pertenece la Clínica desde 2008 junto a otros 39 centros asistenciales del país, públicos y privados. Además de la aportación económica del CAIBER, el estudio cuenta con la financiación de la Asociación Española contra el Cáncer.

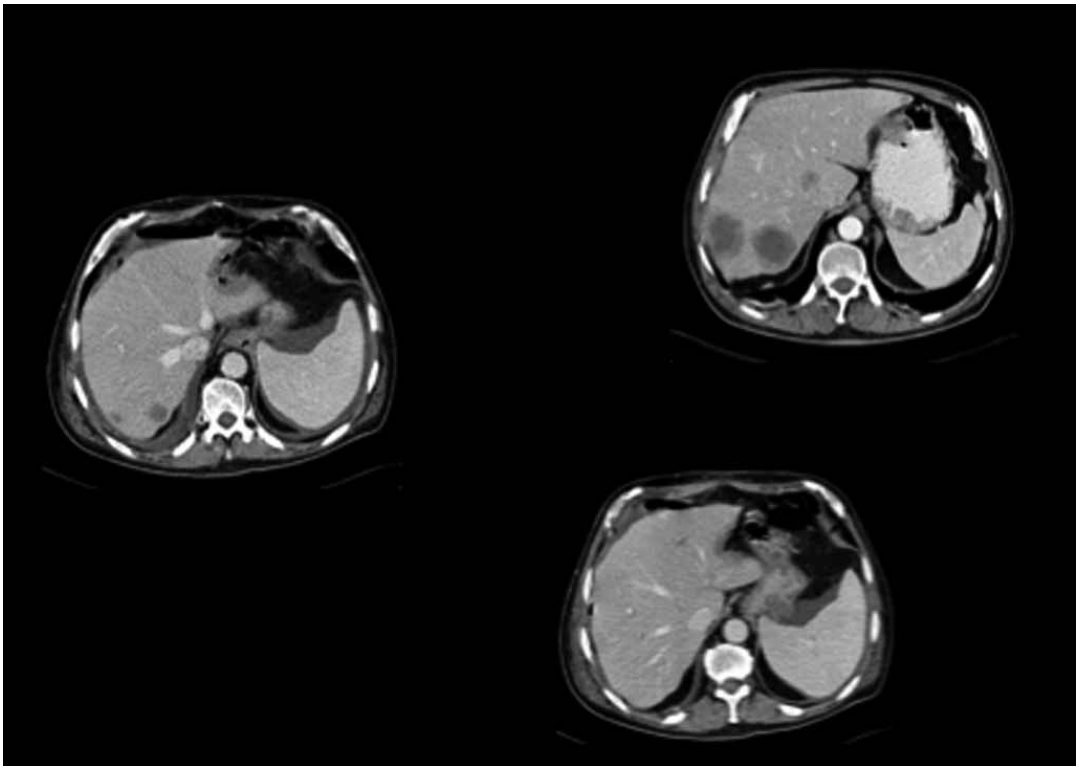
PREPARACIÓN CELULAR. La Clínica acumula experiencia de años en el desarrollo de la técnica para inducir respuestas inmunitarias antitumorales a través de células dendríticas. Así, ya se realizó anteriormente un ensayo con 24 pacientes que padecían distintos tipos de cáncer en estado avanzado. "Además de comprobar que esta técnica es segura para el paciente, vimos que induce los cambios inmunitarios que perseguíamos. De hecho, los datos de seguridad, fiabilidad y eficacia biológica de este estudio nos respaldaron a la hora de solicitar la autorización para el ensayo que iniciamos", indica el doctor Melero.

El objetivo del ensayo es influir en los casos cuya evolución sería la recidiva.

La Clínica acumula experiencia en la técnica para inducir respuestas inmunitarias antitumorales con células dendríticas.

El tratamiento de inmunoterapia comienza con la obtención, mediante aféresis, de leucocitos de sangre periférica del paciente. De éstos se obtienen los monocitos que, tras un cultivo in vitro de siete días, son transformados en células dendríticas. Posteriormente, se añade a dichas células un lisado pretratado (una especie de puré) elaborado con tejido tumoral del propio paciente, obtenido en la cirugía previa efectuada para resecar las metástasis hepáticas. "Para provocar su respuesta inmunitaria frente al tumor, hacemos creer a las células dendríticas que están infectadas por un virus peligroso, circunstancia que logra-

PASA A LA PÁG. 14 >>



IMÁGENES DE TAC

En la imagen, tres vistas axiales de un hígado obtenidas mediante TAC, en las que se observan lesiones hipodensas 'redondeadas' (más oscuras) que corresponden a metástasis distribuidas por todo el hígado.

<<VIENE DE LA PÁG.13

mos al añadir en este lisado las citoquinas que se despiertan en una infección viral. Para ello, agregamos un factor de necrosis tumoral alfa, interferón alfa y un análogo de RNA viral, elementos que llevan a la célula dendrítica a interpretar que tiene un virus en su entorno. Intentamos imitar la situación de una infección viral aguda porque es uno de los estímulos que induce las respuestas inmunitarias más fuertes que observamos en los seres humanos", detalla el especialista.

Otra novedad es el empleo de dosis bajas de ciclofosfamida para interferir en la acción innumosupresora de determinadas células: "En algunos pacientes existe una serie de poblaciones de leucocitos que inhiben la respuesta inmunitaria. Hemos incorporado la ciclofosfamida en el actual ensayo clínico porque en el anterior de inmunoterapia comprobamos que este fármaco utilizado en dosis bajas disminuye selectivamente el número de estos leucocitos supresores".

Una semana después de la aféresis, el paciente recibe el primer ciclo de cuatro inyecciones de células dendríticas en otros tantos días consecutivos, ciclo que se repetirá al mes siguiente. Así mismo, está previsto continuar con una dosis mensual de recuerdo hasta que se agoten las células dendríticas preparadas para cada paciente.

PACIENTES INTERVENIDOS. El ensayo, concreta el doctor Melero, espera contar con la participación de unos 60 pacientes que deben cumplir las siguientes condiciones: "Haber tenido metástasis en el hígado proveniente de un cáncer de colon y que dichos tumores hayan podido ser resecados (extirpados) por completo mediante cirugía".

Así, dado que en la preparación de las células dendríticas se emplea tejido tumoral del propio paciente, sólo podrán participar en este ensayo aquellos que sean intervenidos quirúrgicamente de metástasis hepáticas en la Clínica o en el Hospital de Navarra, "centros que cuentan con una cirugía hepática de vanguardia con excelentes resultado en este tipo pacientes", apunta el doctor Melero.

El especialista confía en tener resultados del estudio en un plazo inferior a tres años.

El ensayo espera reclutar unos 60 pacientes con metástasis hepáticas derivadas de cáncer de colorrectal

Al tratarse de un estudio aleatorizado, la mitad de los participantes continuará sólo con el tratamiento estándar posquirúrgico -quimioterapia-, mientras el resto recibirá además el tratamiento de inmunoterapia. "El carácter aleatorio del ensayo cumple con los criterios éticos porque todavía no sabemos si el tratamiento es beneficioso y esta es la única manera de avanzar". El especialista, confía en tener resultados del estudio en un plazo inferior a tres años.

Además del doctor Melero, por parte de la Clínica participan también en el ensayo los doctores Fernando Pardo, director del Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante; Jesús García-Foncillas, (director), Javier Rodríguez y José Luis Pérez-Gracia del Departamento de Oncología, y Enrique Andreu, del Laboratorio GMP del Área de Terapia Celular; así como el doctor Carlos Alfaro, de la Unidad de Terapia Génica del CIMA. Igualmente, toma parte en el estudio el equipo dirigido por la doctora Ruth Vera, de Oncología del Hospital de Navarra.

abba
hotels

HOTEL REINO DE NAVARRA
Calle Acella 1
31008 Pamplona/Iruña [Navarra]
T 948 177 575
F 948 177 778
reino-de-navarra@abbahoteles.com

www.abbareinodenavarrahotel.com

Hotel Reino de Navarra

Hotel acogedor, trato familiar, profesional y personalizado

Enclave privilegiado. Situado en un área privilegiada de Pamplona, cerca del centro histórico, en plena área de negocios y a 3 minutos andando de la **Clínica de la Universidad de Navarra**, goza de unas espectaculares vistas del Parque Yamaguchi, de diseño japonés. Reformado en 2008, el hotel cuenta con una decoración moderna.

Restaurante El Parque. En él podrá saborear una exquisita cocina vasco-navarra. Elija entre nuestra carta y un elaborado y variado menú diario.

Conexión WI-FI a Internet. Conéctese a cualquier hora desde su propia habitación sin cables gratuitamente.

AENOR Gestión Ambiental
CALIDAD TURÍSTICA
IQNet

AVANCES CLÍNICOS

Una técnica microscópica desobstruye los conductos salivales y evita extirpar la glándula

Especialistas de la Clínica aplican la **sialoendoscopia**, un procedimiento que permite acceder hasta el cálculo y fragmentarlo mediante láser y sin cirugía

Equipo quirúrgico que realiza la sialoendoscopia. De izda. a dcha., el doctor Jorge de Abajo, la enfermera Ana Gamboa, el doctor Peter Baptista y las enfermeras Begoña González y Carmen Gambra.

CUN ■ Una técnica quirúrgica endoscópica mínimamente invasiva, denominada sialoendoscopia, permite desobstruir los conductos salivales sin necesidad de extirpar la glándula salival mediante cirugía. La obstrucción del conducto salival, que puede ser debida entre otras causas a la presencia de un cálculo, impide la salida de la saliva al exterior, ocasionando la inflamación de la glándula salival afectada. La sialolitiasis (obstrucción del conducto salival por cálculos) se produce de forma mayoritaria en la glándula submaxilar, una de las glándulas salivales mayores junto a la parótida y a la sublingual.

Cuando la obstrucción es producida por un cálculo (sialolito), éste puede llegar a ser expulsado de forma natural. Pero en los casos en los que el cálculo persiste, "la obstrucción puede convertirse en un proceso recurrente que provoca dolor e inflamación de la glándula e, incluso, la aparición de episodios infecciosos", describe el doctor Peter Baptista, médico del departamento de Otorrinolaringología de la Clínica Universidad de Navarra, centro pionero en la aplicación de este procedimiento en España.

El doctor Baptista introduce el endoscopio con iluminación para acceder a los conductos salivales y desobstruirlos.

Con las técnicas convencionales, si el cálculo se sitúa en la salida del conducto es posible extraerlo mediante cirugía. Sin embargo, si se encuentra en una porción más interna del conducto salival, el especialista no puede acceder a él y se ve obligado, finalmente, a extirpar la glándula afectada.

Aunque la prevalencia de la obstrucción por cálculos o litiasis de los conductos salivales no es muy elevada, su afección puede llegar a ser muy incapacitante.

EL PROCEDIMIENTO. La sialoendoscopia es una técnica mínimamente invasiva que se utiliza para visualizar el conducto salival. El endoscopio de dimensiones muy reducidas permite una exploración casi completa del sistema ductal de las glándulas submaxilares y parótidas. "Mediante este procedimiento se puede llegar a explorar, tanto el conducto principal como las ramas secundarias y, en ocasiones, las terciarias", afirma el doctor Baptista. Algunas de las limitaciones de esta técnica tienen que ver con la torsión o la estrechez del conducto.

Es un procedimiento exploratorio, diagnóstico (para comprobar posibles causas inflamatorias en las glándulas salivales) y terapéutico para el tratamiento de diferentes patologías como estenosis (estrechamiento del conducto) o para retirar cuerpos extraños o cálculos mediante el uso de instrumental adecua-

PASA A LA PÁG. 18 >>

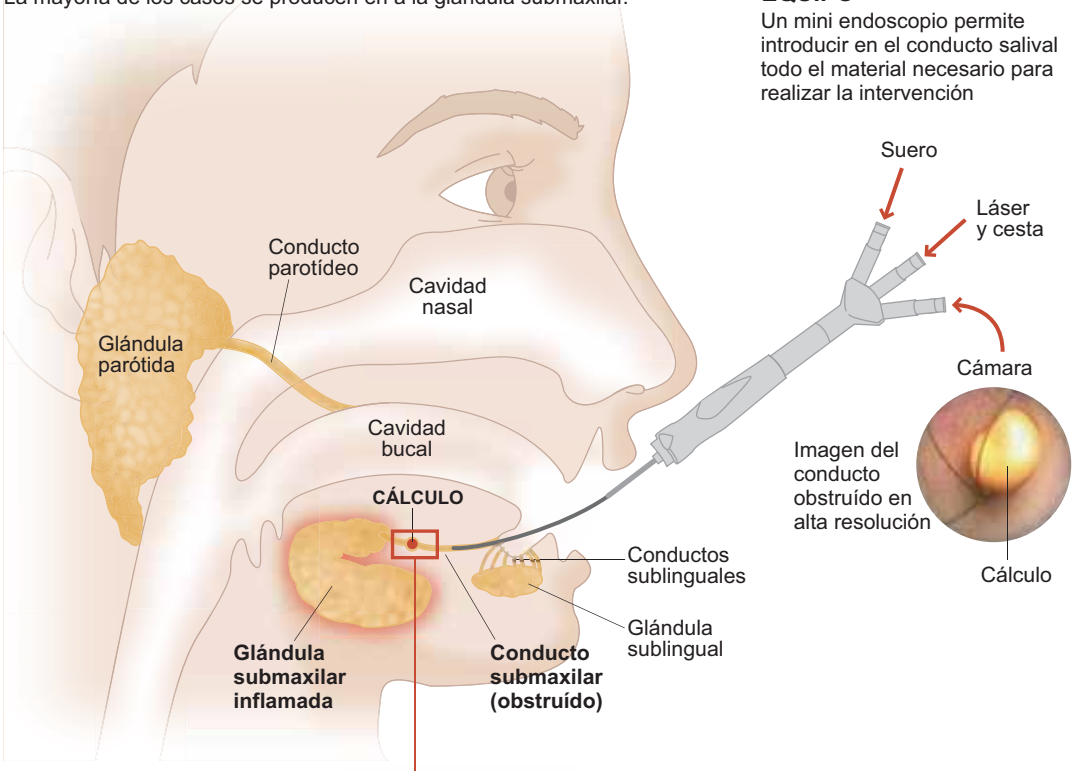
La obstrucción impide la salida de la saliva, ocasionando inflamación de la glándula salival afectada

El endoscopio de dimensiones muy reducidas permite explorar casi todo el sistema ductal de las glándulas submaxilares y parótidas

Detalle del extremo del endoscopio que se introduce en los conductos para su desobstrucción.

SIALOENDOSCOPIA

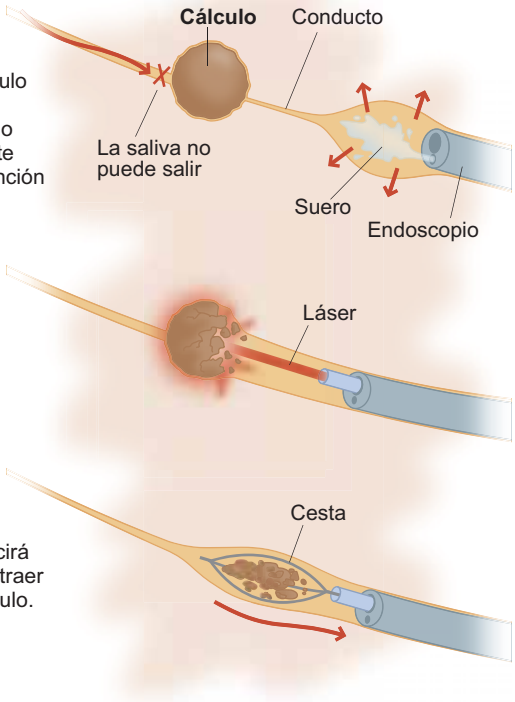
Se extraen los cálculos que se forman en los conductos de las glándulas salivales sin necesidad de extirpar la glándula afectada. La mayoría de los casos se producen en a la glándula submaxilar.



EQUIPO

Un mini endoscopio permite introducir en el conducto salival todo el material necesario para realizar la intervención

PROCEDIMIENTO



Dilatación del conducto
Para llegar al cálculo se ensanchará el conducto aplicando suero regularmente durante la intervención

Fragmentación del cálculo
Se fragmenta el cálculo aplicando una fuente láser

Extracción de los fragmetos
El médico introducirá una cesta para extraer los restos del cálculo. Se termina con la obstrucción

<<VIENE DE LA PÁG.17

do (sialoendoscopia intervencionista).

La técnica se realiza mediante un equipo de endoscopia de dimensiones casi microscópicas que permite explorar el interior del conducto. En su extremo distal (el que se introduce) está dotado de una cámara y del instrumental necesario para conseguir acceder hasta el cálculo por el interior de los reducidos conductos salivales y fragmentarlo mediante la aplicación de una fuente de láser. El especialista retira después el cálculo fraccionado.

Para poder introducir el equipo por los pequeños conductos salivales es necesario ensanchar su diámetro. Para ello se inyecta suero, lo que consigue la dilatación necesaria para proceder a la exploración e introducción del instrumental. La precisión y alta resolución que ofrece el equipo permite incluso visualizar las distintas bifurcaciones en las que se ramifican los canales salivales.

Sin embargo, la sialoendoscopia no consigue resolver todos los casos de obstrucción, especialmente cuando el cálculo es de grandes dimensiones. En estas ocasiones es necesario acudir a la técnica quirúrgica convencional, con la que se extirpará la glándula mediante cirugía abierta con incisión externa y un tiempo de hospitalización y recuperación mucho mayor. Por su parte, el procedimiento endoscópico precisa de un solo día de ingreso hospitalario e, incluso, puede practicarse de forma ambulatoria.

La cocina de El Merca'o fusiona la riqueza de los productos de Navarra con el espíritu de otras culturas dando paso a una cocina creativa y saludable.

Un espacio diferente y dinámico capaz de acoger muy diversos acontecimientos donde poder celebrar todo tipo de eventos privados de 50 / 30 / 25 personas.

Infórmate y juntos crearemos el menú que mejor se adapte a ti. Menú del día: 23 euros.

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

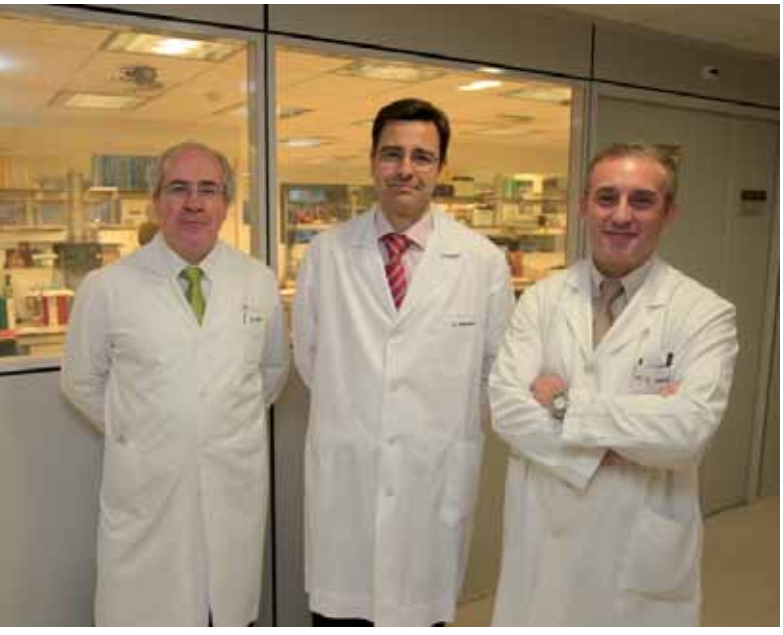
EL MERCA'O
Calle Tafalla, 5-7 Pamplona T. 948 292 588
www.elmercao.com · info@elmercao.com
ABIERTO TODOS LOS DÍAS
EXCEPTO DOMINGOS NOCHE

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

AVANCES CLÍNICOS

Células madre adultas contra fístulas por enfermedad de Crohn

Un ensayo clínico, liderado por especialistas de la Clínica y del Complejo Hospitalario de Navarra, se encuentra en fase de reclutamiento de pacientes



Los doctores Ramón Angós, Jorge Baixauli y Enrique J. Andreu.

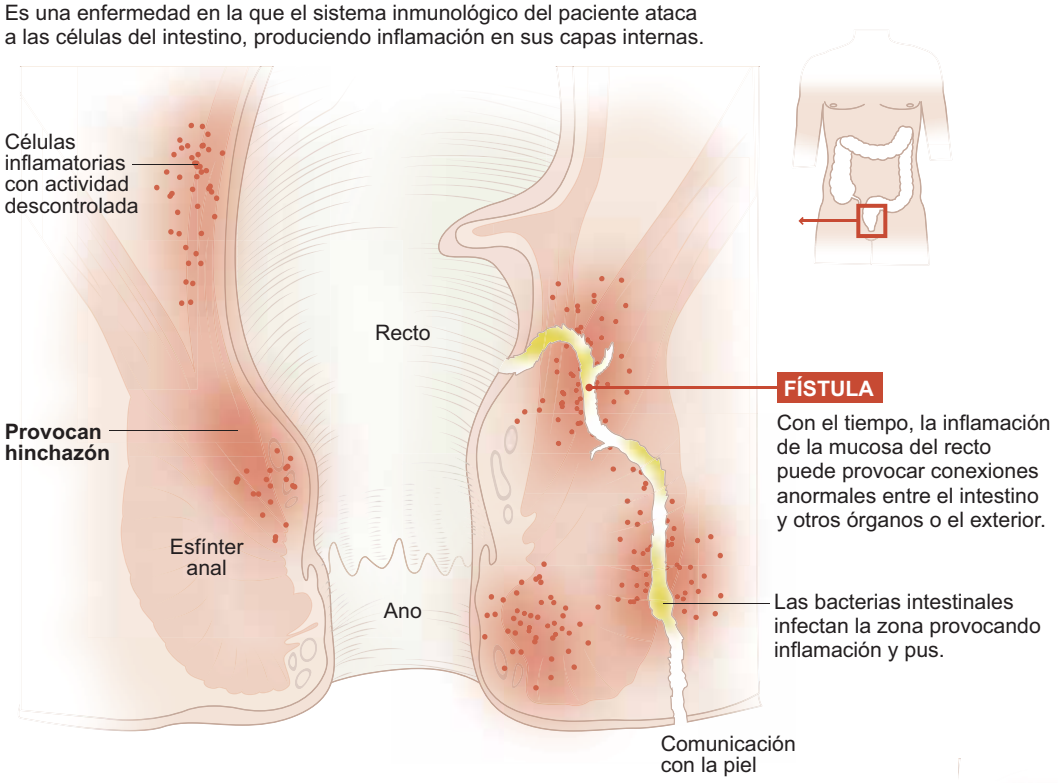
CUN ■ Un tratamiento con células madre adultas mesenquimales, procedentes del tejido adiposo del propio paciente, se ha comenzado a ensayar en pacientes con fístulas perianales y enterocutáneas que surgen como complicación de la enfermedad de Crohn. Se trata de un ensayo clínico fase l-fase ll cuyo principal objetivo reside en corroborar la seguridad del tratamiento, a la vez que se valora su eficacia en la curación de este tipo de fístulas. En el estudio participan como investigadores principales especialistas de la Clínica Universidad de Navarra, los doctores Ramón Angós (Aparato Digestivo) y Jorge Baixauli (Cirugía General), y del Complejo Hospitalario de Navarra (red pública) los doctores Antonio Arín y Carlos Jiménez (Aparato Digestivo). La investigación, que se prolongará durante tres años, cuenta con financiación de una beca FIS (Fondo de Investigaciones Sanitarias) del Ministerio de Sanidad.

Según estudios epidemiológicos, la prevalencia de la enfermedad de Crohn en España es de unos 50-100 afectados por cada 100.000 habitantes, de los que entre un 20-y un 60% presentará aparición de enfermedad fistulosa. Pese a que la incidencia de esta

TRATAMIENTO DE FÍSTULAS PERIANALES

ENFERMEDAD DE CROHN

Es una enfermedad en la que el sistema inmunológico del paciente ataca a las células del intestino, produciendo inflamación en sus capas internas.



TRATAMIENTOS

Las fístulas se tratan principalmente con:

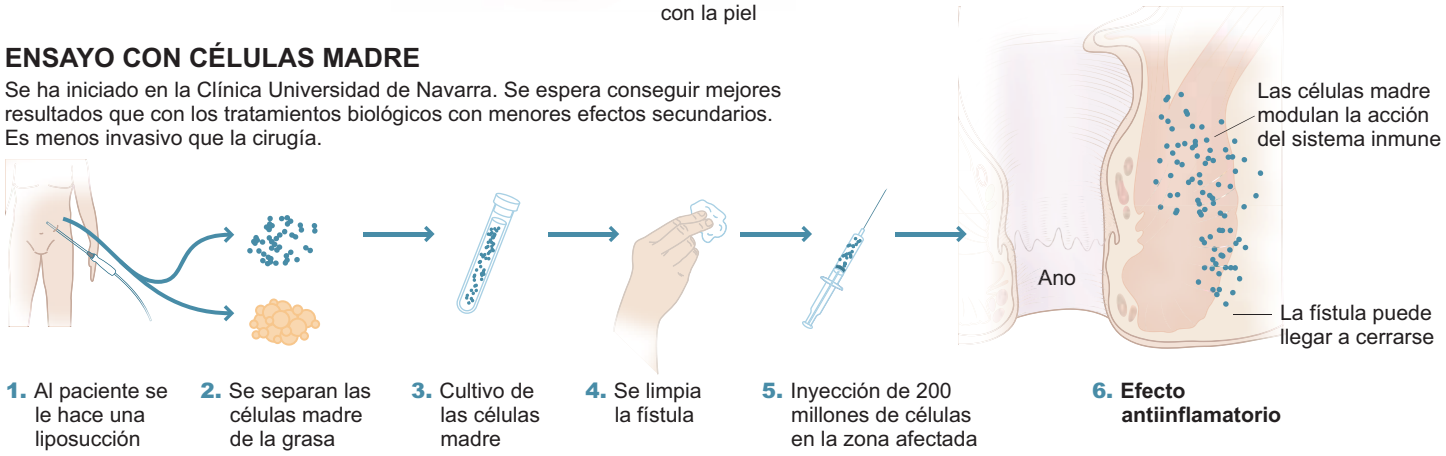
Antibióticos e inmunosupresores
Suele ser el primer paso en el tratamiento.

Medicamentos biológicos
Tiene efectos secundarios, a veces, graves.

Cirugía
Se realiza si los tratamientos anteriores no funcionan. Es muy invasiva.

ENSAYO CON CÉLULAS MADRE

Se ha iniciado en la Clínica Universidad de Navarra. Se espera conseguir mejores resultados que con los tratamientos biológicos con menores efectos secundarios. Es menos invasivo que la cirugía.



complicación es muy elevada, el tratamiento convencional de curación de las fístulas mediante cirugía puede tener, en algunos casos, efectos adversos, especialmente en fístulas perianales (próximas al ano), o un abordaje quirúrgico muy agresivo. De ahí la importancia de buscar alternativas terapéuticas mínimamente invasivas.

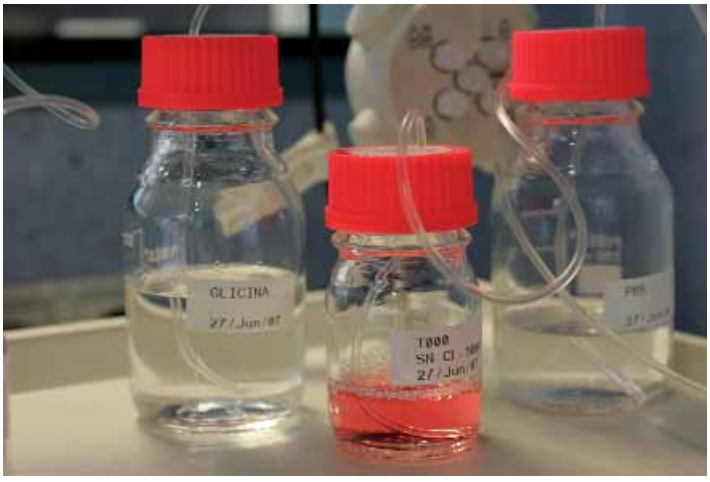
LA ENFERMEDAD Y LAS FÍSTULAS. La enfermedad de Crohn es una patología crónica que provoca la inflamación del intestino. Aunque de causa desconocida, existen factores genéticos, ambientales, autoinmunes y de la flora intestinal que influyen en su aparición y desarrollo. Entre sus principales síntomas destacan el dolor abdominal, la pérdida de peso, las diarreas, la fiebre y a veces la hemorragia rectal. No obstante, cada paciente puede manifestar una clínica diferente con presencia de unos u otros síntomas de forma continua o intermitente. En resumen, "se trata de una enfermedad intestinal inflamatoria crónica, como lo es también la colitis ulcerosa", describe el doctor Angós, especialista del Departamento de Digestivo de la Clínica. Sin embargo, "en el caso de la enfermedad de Crohn una característica específica que presenta respecto a la colitis ulcerosa es que afecta a todas las capas del intestino. De hecho, la evolución hacia la aparición de fístulas es debido a esta particularidad", añade el facultativo.

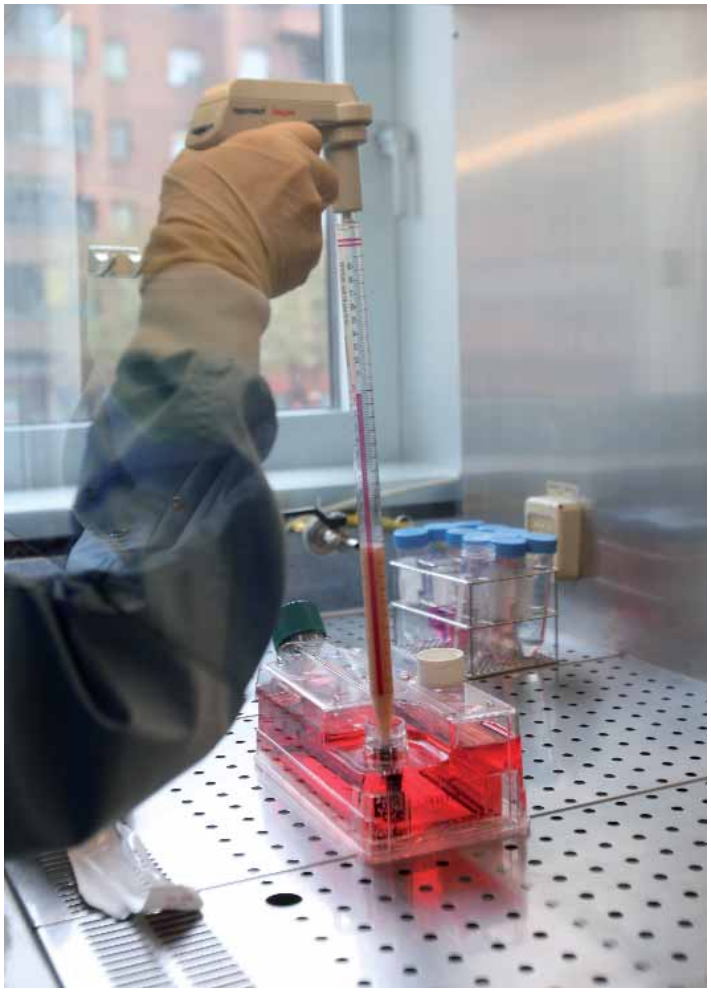
Como se sabe, una fístula consiste en la aparición de un trayecto o conexión anormal entre órganos, que en el caso de la enfermedad de Crohn se origina en el tubo digestivo. Suele asociarse a inflamación y propensión a infecciones y secreciones purulentas. "Las fístulas en la enfermedad de Crohn son trayectos que comunican de forma anormal un asa del intestino

PASA A LA PÁG. 22 >>

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En la selección de los pacientes candidatos para este ensayo clínico figuran, como principales criterios de inclusión, padecer enfermedad de Crohn con afectación fistulosa, bien fístulas perianales complejas, rectovaginales o enterocutáneas. Además, en el momento de su selección el paciente no deberá estar sometido a tratamiento inmunosupresor -a excepción del Imurel, único permitido para este estudio-, o biológico. El resto de criterios quedan definidos en el protocolo.





Diversas imágenes, en el Laboratorio GMP, de la preparación de las células madre adultas que se implantarán en el paciente.

<<VIENE DE LA PÁG.21

con otros órganos", precisa el doctor Jorge Baixauli, especialista en Cirugía General de la Clínica.

"La localización más frecuente de éstas fístulas es la zona perianal, incluyendo la afectación vaginal. También puede formarse una fístula entre el intestino y la piel, lo que se conoce como fístula enterocutánea, bien como una evolución de la enfermedad o bien como complicación de una intervención en la que se reseca (extirpa) un tramo de intestino. En todos los casos se produce una importante alteración de la calidad de vida de estos pacientes y, si bien existe posibilidad de curación mediante cirugía, los efectos adversos del tratamiento quirúrgico pueden ser importantes", describe el especialista.

TRATAMIENTOS CONVENCIONALES. El primero de los tratamientos que se indica habitualmente para la enfermedad de Crohn con evolución fistulosa, tanto perianal como enterocutánea, son los antibióticos y fármacos inmunosupresores.

Cuando este primer abordaje no ofrece un buen resultado, los especialistas prescriben otros tratamientos. "Desde hace una década se comercializan los fármacos biológicos, el infliximab y, más recientemente, el adalimumab, medicamentos efectivos pero con efectos secundarios", detalla el doctor Angós. El mecanismo de estos fármacos consiste en bloquear una sustancia sanguínea, el TNF (de sus siglas en inglés, Factor de Necrosis Tumoral), que actúa activando diversos factores que influyen en la inmunidad. Por ello, antes de administrarlos es necesario descartar la presencia de enfermedades infecciosas como hepatitis, VIH y tuberculosis, entre las más importantes, apunta el doctor Angós.

Las células que se implantan se extraen del tejido adiposo de los propios pacientes

El tratamiento se administra mediante cirugía ambulatoria mínimamente invasiva

En caso de que fallen todas las terapias descritas es cuando se hace preciso un abordaje quirúrgico. La necesidad de acudir a la cirugía "es la que introduce la posibilidad de este nuevo tratamiento con células madre adultas autólogas (obtenidas del organismo del propio paciente) para intentar curar estas fístulas de un modo menos invasivo", indica.

Investigaciones precedentes comprobaron que la aplicación de este tipo de preparados celulares autólogos "no desarrollan tumores, no degeneran, ni producen efectos de rechazo ya que se obtienen del organismo del propio paciente al que se le implantan", explica el doctor Angós.

El doctor Baixauli prepara en quirófano la inyección.

Regenerar y reparar

Estas **células madre** tienen propiedades inmunomoduladoras que pueden regular la inflamación y favorecer la cicatrización.

Según recuerda el doctor Baixauli, la idea inicial del tratamiento con células madre adultas surge del "intento de evitar la lesión inherente a todo procedimiento quirúrgico, sobre todo en el contexto de la enfermedad de Crohn, en la que los mecanismos de cicatrización suelen estar alterados y las posibilidades de reparación y por tanto de curación se ven disminuidas". Este hecho es de especial importancia en el caso de las fístulas perianales y rectovaginales, en las que la posible lesión del músculo esfínter del ano puede asociarse a un empeoramiento de la continencia fecal. De los estudios precedentes, se intuye que con el implante de los preparados celulares "se podría conseguir crear un ambiente propicio para la regeneración del propio tejido. Es decir, estaríamos hablando de un tratamiento quirúrgico más regenerador que reparador, que también lo sería", describe el cirujano.

SELECCIÓN DE PACIENTES. El ensayo como tal comienza con la selección del paciente para su inclusión en el estudio. A las dos semanas, el cirujano plástico le realiza una liposucción con el objeto de obtener células madre del tejido adiposo que después se cultivarán en el Laboratorio de Terapia Celular de la Clínica. Según describe el responsable técnico del laboratorio, el doctor Enrique J. Andreu, las células madre mesenquimales "presentan unas propiedades inmunomoduladoras que nos interesan para regular la inflamación alrededor de la fístula en la enfermedad de Crohn, favoreciendo su cicatrización y el cierre del trayecto fistuloso".

Una vez procesado el tejido graso, al cabo de 2-3 semanas de cultivo se obtiene la cantidad necesaria de células mesenquimales. Es entonces cuando se procederá su administración en dosis inyectables de 200 millones de células, muy superiores a las implantadas en estudios anteriores.

IMPLANTE QUIRÚRGICO DE LAS CÉLULAS. La administración del tratamiento se practica en el quirófano. En el caso más frecuente, el de las fístulas perianales, el protocolo descrito consiste en "localizar el trayecto de la fístula y su comunicación en el interior del ano, limpiar o desbridar su contenido y cerrar dicha comunicación mediante un punto de sutura. A continuación, a través del ano se inyectarán, en la comunicación ya cerrada, la mitad de la dosis celular. La otra mitad se inyectará, a través de la fístula, en el conducto para conseguir un efecto antiinflamatorio. Se trata de una técnica quirúrgica realmente sencilla", apunta el doctor Jorge Baixauli.

Tanto la liposucción como el implante quirúrgico de las células madre adultas se realizan de forma ambulatoria con sedación profunda.

CÉLULAS MADRE ADULTAS, UN NUEVO HORIZONTE

El tratamiento con células madre "abre un nuevo horizonte a los pacientes con fístulas complejas derivadas de la enfermedad de Crohn (perianales, recto-vaginales y enterocutáneas) al proponer un tratamiento relativamente fácil de aplicar, seguro y sin reducción de la función inmunitaria, al contrario que en el caso de las terapias inmunosupresoras o biológicas", confirma el doctor Baixauli.

Una de las características diferenciadoras de este nuevo estudio es la dosis de células que se implanta, entre 5 y 10 veces superior a las hasta ahora probadas en ensayos previos. "Con esta nueva dosis sería esperable un mayor efecto terapéutico sobre la fístula, sin modificar el perfil de seguridad que ya conocemos que ofrecen las células madres autólogas derivadas de tejido adiposo, pudiendo incluso observarse, hipotéticamente, una acción sobre la enfermedad no sólo a nivel local sino también sistémico, disminuyendo la actividad inflamatoria en todas las zonas afectadas por la enfermedad de Crohn", comenta el especialista. Una cuestión que podría resultar importante en el tratamiento general de la enfermedad.

TECNOLOGÍA

Los estudios más avanzados de mama, cerebro y corazón con resonancia magnética

El **nuevo equipo** ofrece unas prestaciones que igualan la capacidad diagnóstica de la resonancia de 3 Tesla, de la que ya disponía la Clínica

De izquierda a derecha, los doctores Gorka Bastarrika, (Radiodiagnóstico), Luis Pina (Patología Mamaria) y José Luis Zubieta (director del Departamento de Radiodiagnóstico).

CUN ■ La Clínica es el primer centro médico que ha incorporado en España un nuevo equipo de resonancia magnética, el *Magnetom Aera 1,5 Tesla* (SIEMENS) que, entre otras ventajas, posibilita las biopsias de mama, reduce la sensación de agobio al presentar un túnel de exploración más corto pero de mayor diámetro y mejora los procesos de adquisición de imagen. La nueva resonancia completa así el equipamiento de la Clínica en esta técnica diagnóstica al añadirse a los otros dos equipos con los que ya contaba (Symphony y Trio, de 1,5 y 3 Teslas de potencia, respectivamente).

El nuevo equipo "mejora las características de las RM avanzadas con las que ya contaba la Clínica gracias a una resolución de imagen de mayor calidad, al sistema de resituación automática de los pacientes y a la reducción de los tiempos en el procesado de las pruebas", detalla el doctor José Luis Zubieta, director del Departamento de Radiodiagnóstico.

La nueva resonancia magnética incorpora como principales novedades su aplicación en el diagnóstico de la patología de mama al presentar una antena que permite realizar biopsias en el mismo proceso de adquisición de

Historia de una instalación

La instalación de la nueva resonancia magnética precisó la utilización de una grúa debido a las dimensiones del equipo. Además, fue necesaria la apertura del techo acristalado del Departamento de Radiología para proceder a la introducción de la resonancia hasta el primer sótano, donde se ubica dicho servicio médico.

imágenes, además de optimizar los estudios neurológicos y cardiológicos. El nuevo equipo presenta una mejor calidad de imagen, así como de mayor rapidez en su adquisición, de tal forma que ofrece características similares a las de otras resonancias de mayor potencia, como la de 3 Teslas.

Las diferencias físicas del nuevo equipo se centran en un diámetro de túnel de 70 centímetros, más amplio que el de resonancias anteriores, lo que contribuye a reducir la sensación de claustrofobia. La menor longitud del túnel, de 140 cm, también redunda en un aumento del confort.

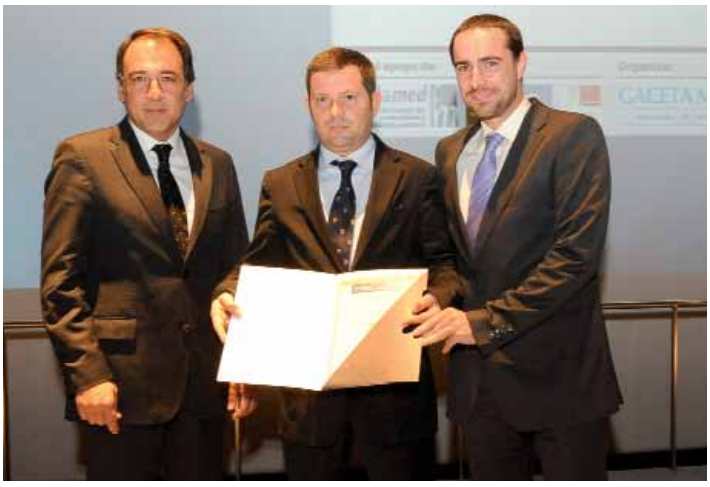
ESTUDIOS MÁS BENEFICIADOS. Si bien actualmente la mamografía es la única técnica aceptada para el cribado de cáncer de mama en la población femenina (complementada en determinadas ocasiones con la ecografía), "en los últimos diez años, la resonancia magnética de mama (RMM), realizada con contraste paramagnético, ha emergido con fuerza para ciertos casos de patología mamaria. En concreto, se utiliza para el estudio de la integridad de los implantes mamarios", indica el doctor Luis Pina, especialista en Radiodiagnóstico del Área de Patología Mamaria de la Clínica. Además, "es la técnica de imagen con mayor sensibilidad para la detección de cánceres infiltrantes, próxima al 100%".

La optimización de los estudios de imagen neurológicos es otra de las ventajas que incorpora el nuevo equipo de resonancia magnética Magnetom Aera. La mayor resolución, calidad y rapidez de imagen que ofrece "permite practicar estudios dinámicos cerebrales, mejorando el estudio de las malformaciones vasculares", apunta el doctor Zubieta.

La nueva resonancia magnética permite resituar automáticamente la cabeza del paciente, "de modo que los estudios de cada individuo se realizan con idénticas coordenadas de colocación, ofreciendo siempre los mismos planos del cerebro que se pretenden estudiar. Cuestión muy importante en los estudios evolutivos", subraya el director de Radiodiagnóstico.

La nueva RM incorpora una antena que permite realizar biopsias de mama durante el mismo proceso de adquisición de imágenes.

El nuevo equipo viene dotado además "con las más altas prestaciones para estudios cardiovasculares con resonancia magnética", apunta el doctor Gorka Bastarrika, especialista de Radiodiagnóstico. Su elevada sensibilidad, posibilita "obtener imágenes de mayor resolución espacial y temporal para realizar diagnósticos más exactos de las enfermedades cardiovasculares", indica. En particular, este equipo facilitará "una valoración integral de la cardiopatía isquémica al mejorar la información obtenida acerca de la función cardiaca, de la perfusión (flujo sanguíneo) y de la viabilidad del músculo cardíaco".



Gabriel Canel Crespo, director del Servicio de Apoyo a la Investigación de la Clínica y Valentín Elizondo, del mismo departamento (ambos a la derecha) reciben el galardón.

El doctor Juan José Gavira, especialista del Departamento de Cardiología de la Clínica recoge el premio al mejor servicio de Cardiología de Iñigo Fernández, director de Relaciones Institucionales de Servier.

La Clínica, mejor hospital de España en Investigación e Innovación y en Cardiología

En la quinta edición de los premios Best In Class la Clínica ha sido galardonada como el mejor en atención al paciente en ambas especialidades

CUN ■ La Clínica ha sido galardonada con los premios Best In Class (BIC) como el Mejor Hospital en Atención al Paciente en Investigación e Innovación y en Cardiología, entre las 127 entidades presentadas. Las dos distinciones han sido concedidas en la quinta edición de los mencionados galardones, promovidos por el rotativo Gaceta Médica, cabecera de la editorial Contenidos e Información de Salud, y por la Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos. Como se recordará, en la pasada edición, la Clínica Universidad de Navarra fue reconocida con el premio al Mejor Hospital de España en Atención al Paciente y el mejor en las especialidades de Cardiología y Oncología; en 2008 se le distinguió con el premio al mejor en atención al paciente en la especialidad de Cardiología y en 2007, como el mejor Departamento de Oncología.

Los reconocimientos en cada una de las 24 especialidades evaluadas este año se eligen entre cinco entidades seleccionadas. Cabe subrayar, que la Clínica ha resultado además finalista en las especialidades de Oncología, Traumatología y Unidad de Diabetes. En total, se han presentado a la quinta edición de estos galardones 127 entidades sanitarias, entre las que figuran hospitales, centros de salud y servicios hospitalarios.

OBJETIVO DE LOS PREMIOS

Los premios BIC se conceden con el objetivo de "reconocer públicamente al mejor centro en Atención Primaria, al mejor hospital y a los mejores servicios y unidades del territorio nacional, tanto públicos como privados, que buscan la excelencia en la atención que prestan a sus pacientes", según describe la propia organización. Así, el fin último de los premios radica en "dinamizar la integración de la calidad asistencial en la gestión de los hospitales españoles, siendo un elemento motivador para los profesionales sanitarios y directivos que participan en ellos", argumentan.

La concesión de los diferentes premios se basa en la puntuación obtenida según el índice ICAP (Índice de Calidad Asistencial al Paciente), "elaborado para estos premios que se establece a partir del análisis multivariable de los datos recogidos en los cuestionarios completados por los hospitales a través de la web *www.premiosbic.com*. La gestión de la documentación de los diferentes centros hospitalarios tiene asegurada la confidencialidad, así como el anonimato a la hora de someterla al juicio del jurado.

Queremos dar las gracias a todas las personas que nos confían algunos de sus mejores momentos.
Gracias por mantener viva esta pasión que tenemos en común, por creer en una cocina cuya máxima aspiración es mostrar la nobleza de sus ingredientes.

lanuez
RESTAURANTE

"Un retorno a los fundamentos de la alta cocina"

T. 948 22 81 30 · C/ Taconera, 4 - Bajo (Pamplona)
info@restaurantelanuez.com · www.restaurantelanuez.com

AVANCES CLÍNICOS

Un nuevo tratamiento quimioterápico mejora la supervivencia en cáncer de próstata

Una investigación de la Clínica comprueba que esta terapia **reduce en un 30% la mortalidad** cuando la enfermedad progresa tras la quimioterapia

CUN ■ Un nuevo tratamiento quimioterápico contra el cáncer de próstata reduce un 30% el riesgo de mortalidad en varones cuya enfermedad ha evolucionado tras recibir quimioterapia. Así lo demuestran los resultados obtenidos en un estudio en el que ha participado la Clínica junto a hospitales de 26 países diferentes.

En la investigación se ha probado la eficacia del nuevo quimioterápico cabazitaxel en un grupo de 378 pacientes. Los hallazgos de este ensayo, denominado TROPIC, han sido publicados en el número de la revista científica *The Lancet* del 2 de octubre. El primer tratamiento que se administra a los pacientes con cáncer de próstata metastático es el hormonal. Aquellos que no responden al tratamiento hormonal, reciben generalmente quimioterapia, tratamiento de referencia desde hace una década. Sin embargo, algunos de estos pacientes desarrollan una resistencia a la quimioterapia y su enfermedad continúa evolucionando.

"Hasta ahora no existía un tratamiento estándar tras la quimioterapia de primera línea para el cáncer de próstata metastásico. Los resultados de este estudio demuestran que la combinación de cabazitaxel y prednisona aumenta la supervivencia de forma significativa en pacientes con cáncer de próstata metastático hormono-resistente tratados previamente con quimioterapia", afirma el doctor José Luis Pérez Gracia, especialista del Departamento de Oncología de la Clínica Universidad de Navarra que ha participado en el estudio.

De izda. a dcha., Mercedes Egaña, Leyre Resano, Elena Navarcorena, el doctor José Luis Pérez Gracia y Iosune Goicoechea.

En concreto, los resultados del ensayo demostraron que el nuevo quimioterápico cabazitaxel reduce el riesgo de mortalidad en un 30% y ofrece una

mejora clínicamente significativa de la supervivencia global media. Asimismo, los pacientes tratados en el estudio presentaron una mejoría significativa en la reducción de la progresión del tumor.

Así, según explica el doctor Pérez Gracia, esta combinación de ambos fármacos "se convertirá en el tratamiento estándar para los casos de cáncer de próstata en los que la enfermedad ha progresado tras la quimioterapia de primera línea. Como los trámites de aprobación conllevan cierto tiempo, hasta ese momento cabazitaxel estará disponible para los pacientes a través de un nuevo ensayo clínico de acceso abierto. La Clínica Universidad de Navarra, al haber participado en el ensayo de registro, se encuentra entre los centros seleccionados para participar en este nuevo ensayo y para poder administrar este nuevo tratamiento".

UN ENSAYO CON 755 PACIENTES DE 26 PAÍSES. El ensayo TROPIC fue realizado en 146 hospitales de 26 países diferentes, entre los que figura Estados Unidos. En este ensayo clínico aleatorio fase III, realizado con el objetivo de recopilar datos clínicos para incluirlos en el dossier de registro de cabazitaxel, participaron 755 pacientes con cáncer de próstata metastático hormono-resistente, cuya enfermedad había evolucionado a pesar de haber sido tratados anteriormente con quimioterapia con docetaxel.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo cabazitaxel o al grupo mitoxantrona (378 y 377 pacientes, respectivamente), por un máximo de 10 ciclos de tratamiento. La variable de evaluación principal fue la supervivencia global. Las variables de evaluación secundarias consistieron en la supervivencia sin enfermedad, la tasa de respuesta tumoral, progresión tumoral, la respuesta según el nivel de PSA (antígeno prostático específico), el aumento del nivel de PSA, la respuesta al dolor y el aumento del dolor.

La evolución de la enfermedad venía determinada por la progresión del tumor, el aumento del nivel de PSA o el aumento del dolor. Otras de las variables de evaluación secundarias fueron la seguridad general de cabazitaxel más prednisona, el perfil farmacocinético de cabazitaxel y de sus metabolitos en esta población de pacientes, y los efectos de la prednisona en la farmacocinética de cabazitaxel.

Los datos del ensayo TROPIC fueron presentados, por primera vez, en el Simposio de Cáncer Genito-Urinario 2010 de la American Society for Clinical Oncology (ASCO).

[+] MÁS INFORMACIÓN

de Bono JS, Oudard S, Ozguroglu M, Hansen S, Machiels JP, Kocak I, Gravis G, Bodrogi I, Mackenzie MJ, Shen L, Roessner M, Gupta S, Sartor AO TROPIC Investigators. *Prednisone plus cabazitaxel or mitoxantrone for metastatic castration-resistant prostate cancer progressing after docetaxel treatment: a randomised open-label trial.* Lancet. 2010 Oct 2;376(9747):1147-54.

Damián Frontera

"Cada diciembre brindo para que el Parkinson siga fuera de combate"

Directivo empresarial, diagnosticado de Parkinson hace 13 años, recomienda un decálogo en el que prima mantener la actividad y el optimismo

CUN ■ El pasado diciembre cumplió trece años desde que le diagnosticaron Parkinson. Una fecha en la que Damián Frontera (Valencia, 1944) brinda con su familia porque durante este tiempo ha conseguido mantener la enfermedad a raya. Con tal motivo, tiene tanto que decir y tanto entusiasmo por contagiar que las palabras salen de su boca a borbotones. Damián Frontera mantiene una actividad profesional, familiar y lúdica que para cualquier persona sin enfermedad resultaría inabarcable. Participa en la dirección y asesoramiento de 18 instituciones, imparte conferencias, juega a golf y a tenis y cultiva con intensidad la vida familiar y las amistades. Lejos de apartarse de su dedicación laboral, se podría decir que desde que le diagnosticaron Parkinson el ex alto directivo de la multinacional Oscar Mayer ha multiplicado el frenesí de sus ocupaciones. En diciembre Damián celebró con su familia y una botella de Moët Chandon la fecha de su diagnóstico: "Para que el Parkinson continúe fuera de combate", brindó.

Coincidiendo con una revisión rutinaria con su neurólogo de cabecera, el doctor José Angel Obeso, especialista de la Clínica, el directivo presentó el pasado diciembre en Pamplona su libro *El arte de dirigir empresas. Un estímulo incesante.*

Su actividad es imparable, actitud que recomienda mantener a todos los enfermos de Parkinson. De hecho, es una de las premisas del decálogo que fruto de su experiencia como "parkinsoniano" ha elaborado. Un conjunto de máximas gracias a las que ha conseguido, después de 13 años, mantener la enfermedad a raya.

Tras un año de acudir a varios neurólogos usted cuenta que terminaron consultando al que creían el mejor especialista del mundo en Parkinson, en un prestigioso hospital de Estados Unidos ¿cómo llegaron finalmente a la consulta del doctor Obeso en la Clínica?

Efectivamente, al doctor Obeso me lo recomendó un neurólogo de Estados Unidos, en Nueva York, al que nos dirigimos pensando que era la máxima autoridad mundial en la enfermedad. Y él fue quien nos dijo que el número uno del mundo no era él, si no un médico que teníamos mucho más cerca, un español cuya consulta estaba en Pamplona, el doctor Obeso.

¿Cómo se encuentra ahora, 13 años después del diagnóstico?

No estoy del todo bien porque tengo Parkinson, pero me encuentro fenomenal, muchas veces como si no lo tuviera. He llegado a impartir conferencias

de pie y el público sólo me ha notado la enfermedad porque yo se lo he dicho.

Sin embargo, su evolución no es la normal. Los especialistas ¿qué opinan de su caso?

En la última revisión que me hizo el doctor Obeso hace 2 años me dijo que estaba mejor que la vez anterior. Y aunque es anormal, es cierto que me encuentro mejor.

Pero en un primer momento la noticia de la enfermedad no la encajó así de bien.

Cuando me diagnosticaron Parkinson me hundí. Estuve hundido quince días, pero enseguida me levanté y decidí seguir y luchar. Al principio te notas rígido, los músculos te fallan y te sientes observado por la gente que mira cómo te tiembla la mano. Pero luego me di cuenta de que debía manifestar que tenía la enfermedad, que eso me liberaba. De hecho, al poco de diagnosticarme Parkinson di una conferencia en Sevilla y por aquel entonces yo estaba mal. Me dirigí al público y les dije: Ustedes piensan que no me he preparado bien la conferencia y que por eso estoy nervioso y me tiembla la mano, pero no estoy nervioso, tengo Parkinson. Después me sentí liberado.

"Después de confesar en público que tenía Parkinson me sentí liberado"

"Estuve hundido quince días, pero enseguida me levanté y decidí seguir y luchar".

"Para mí los tres pilares han sido el deporte, la gimnasia y continuar con la actividad".

"Muchas veces me encuentro como si no tuviera Parkinson"

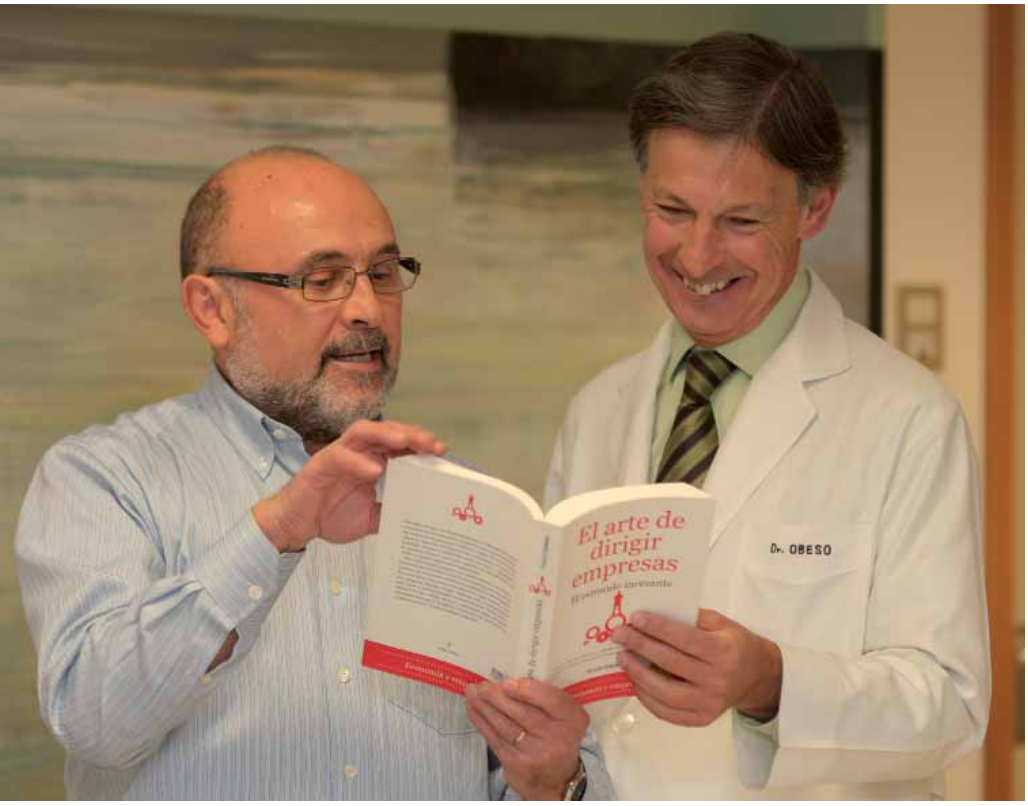
En esos primeros momentos, ¿quién le sirvió de apoyo para seguir adelante?

Empezó todo con mi mujer y con mi hija mayor que me dijeron que tenía que luchar contra el Parkinson y controlarlo. Me sometieron a un entrenamiento diario muy intenso. Mi hija estaba enamorada del libro "El poder de la mente" que dice que el poder de la mente puede controlarlo todo. Mi mujer se empeñaba en que tuviera mucha disciplina con la medicación, tomándola a las horas perfectas. Y no dejar ningún día de hacer la gimnasia.

No parecen grandes exigencias para controlar una enfermedad como el Parkinson.

Conservo todas mis actividades y esto es lo que me hace mantener plenas todas mis facultades y que me olvide del Parkinson. Además, practico mis diez reglas de oro, en un 80/20% porque hay días que fallo, un 20% del total. Pero a

PASA A LA PÁG. 32 >>



Damián Frontera sostiene con el doctor Obeso un ejemplar de su libro.

<<VIENE DE LA PÁG.30
pesar de ello son básicas para encontrarme bien.

¿Quiere decir que existen reglas de oro para combatir el Parkinson?

Son fundamentales. La primera es hacer gimnasia todos los días por las mañanas. En estas sesiones empiezo por darles a los músculos la orden contraria a cómo actúa el Parkinson. Les ordeno estar flexibles y ágiles. Porque si no hiciera esta gimnasia estaría todo el día mal.

Esta sería la primera.

La segunda sería tomar la medicación prescrita que desde hace 6 años es la misma y se me ajusta muy bien. Porque la respuesta de cada paciente a la medicación es totalmente distinta.

De todas sus declaraciones se deprende una tremenda fe en el poder de la mente ¿Usted cree que la evolución tan favorable de su enfermedad se debe a él?

Creo que se debe a ese poder de la mente. Si un parkinsoniano da todos los días órdenes a su mente para curarse, no se curará pero sí mejorará sustancialmente su calidad de vida, siempre que siga con las demás premisas que estamos detallando. Se trata de una sinergia de estos diez factores que explico.

El deporte con asiduidad ¿es recomendable para los enfermos de Parkinson?

Sí. Golf, Tenis, pádel, lo que sea, hay que hacer alguno. Todas las semanas juego a golf. La gimnasia y el deporte flexibilizan mucho los músculos y ayudan a recuperarse. Para mí los tres pilares han sido el deporte, la gimnasia y continuar con la actividad. Un día me vino a ver un empresario que le acababan de diagnosticar Parkinson. Me lo mandó el doctor Obeso. El empresario me dijo que iba a vender la fábrica, que no sabía nadie que tenía Parkinson, sólo su mujer, ni siquiera sus hijos. Que estaba hundido. Que había abandonado toda su actividad. Era campeón de golf y también lo había dejado. Quería dejarlo todo.

¿Y cuál fue su consejo?

Le dije, tú no vas a hacer nada de eso. Mañana vas a reunir a todos tus empleados, que además ya saben que tienes Parkinson, y se lo vas a comunicar. Y me preguntó que por qué lo iban a saber sus empleados y le dije que se le notaba muchísimo. Le dije también que iba a reunir a sus hijos para decírselo y para informarles que dejaba la empresa en sus manos y que no la iba a vender. Y que se iba a poner a jugar a golf. Que dentro de poco jugaríamos los dos, a pesar de que yo tenía un handicap peor que el suyo. Al cabo de unos días me llamó y me dijo que había reunido a sus empleados y a sus hijos y que era cierto, que todos lo sabían ya. Ahora ya no bajo tímidamente a la fábrica y he vuelto a jugar a golf.

El sentido del humor siempre ha primado en su vida.

Es algo que no hay que perder nunca. En la empresa tenía un equipo de personas en el que todo el mundo estaba contento. Nuestros valores eran el sentido del humor con respeto a las personas.

A un recién diagnosticado, ¿qué le diría para salir a flote tan rápido como usted?

Hay que darle la vuelta y pensar que es mejor ésto que un cáncer terminal.

¿Qué mensaje efectivo trasladaría a un enfermo de Parkinson?

Que se cambien el chip. Que busquen a alguien que les apoye siempre moralmente y que tengan siempre una actitud proactiva. Que conserven la actividad, que no se estresen, que encuentren un buen médico y que consigan una combinación farmacológica que sea adecuada para ellos, que a mí me costó 5 años encontrarla; que hagan meditación, reflexión y gimnasia a diario, que se apliquen las autoafirmaciones para despertar el poder de la mente. Y si van a peor a pesar de todo que se operen en esta Clínica que va muy bien.

DECÁLOGO

1. Tener un buen médico y seguir siempre sus instrucciones.
2. Hacer gimnasia diariamente.
3. Continuar con la actividad profesional evitando situaciones de estrés.
4. Mantener las actividades sociales, familiares y lúdicas.
5. Presentar una actitud abierta, informando a quienes nos rodean que padecemos Parkinson.
6. Limitar la dosis de proteínas en la alimentación y el consumo de alcohol al mínimo.
7. Realizar a diario ejercicios de relajación y reforzarse con una batería de autoafirmaciones del tipo: "Mi enfermedad se ha detenido y me siento cada día mejor".
8. Practicar deporte.
9. Priorizar el programa que nos hemos propuesto respecto a cualquier otro plan.
10. No crear tensiones nunca por nada. En caso de que se produzca una situación tensa abandonar y dedicarse a otra cuestión.

plusalud

Hospitalización
+
Segunda opinión médica presencial
+
Medicina Preventiva y Soluciones Estéticas
+
Seguro dental gratuito

Póliza de hospitalización + plusalud
desde 0,9 euros al día

Con la garantía de la
Clínica Universidad de Navarra

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

www.acunsa.es

CON NOMBRE PROPIO

El doctor **José Ignacio Herrero**, de la Unidad de Hepatología, ha sido nombrado socio de honor de ATEHNA, la Asociación de Trasplantados y Enfermos Hepáticos

de Navarra, en un acto celebrado en el Colegio de Médicos de Navarra, en el que recogió una placa honorífica de manos de Ascensión Gastaminza.

Actualidad

CONGRESOS

VII Jornada de Actualización en Vacunas
Fecha: 3-4 febrero 2011
Lugar: Facultad de Medicina Universidad de Navarra (Pamplona)
Organización: Departamento de Pediatría (CUN)
Información: T 948 25 54 00 (ext. 4261)
mbelloso@unav.es

Curso de Avances y Controversias en Cirugía Cardiovascular
Fecha: 27 enero 2011
Lugar: Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)
Organización: Servicio de Cirugía Cardíaca (CUN)
Información: T 948 25 54 00 (ext. 4381)
ibergua@unav.es

Una nueva prótesis de cadera permite mayor actividad física

Indicada en pacientes menores de 65 años ya que su colocación permite reservar superficie ósea para futuras sustituciones

De izda. a dcha., los doctores Andrés Valentí, Pablo Díaz de Rada y Juan Ramón Valentí Nin.

CUN ■ Una prótesis de cadera denominada 'resurfacing', que permite mayor actividad física y está indicada en los pacientes de menor edad, centró la actividad en un curso organizado por el Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Clínica, que reunió en Pamplona a cuarenta especialistas procedentes de distintos hospitales de la zona norte de España.

La sesión comenzó con la retransmisión en directo a través de vídeo de una cirugía realizada en los quirófanos de la Clínica para colocar una prótesis 'resurfacing'. En la intervención participarán los doctores Manuel Ribas, del USP Instituto Universitario Dexeus de Barcelona, y Pablo Díaz de Rada, especialista de la Clínica y responsable de la cirugía para este tipo de prótesis en este centro, donde se han colocado unas 50 en los últimos cuatro años.

La necesidad de sustituirlas hacia los 10 ó 15 años después de su colocación supone el principal problema que presentan las prótesis de cadera, explica el doctor Díaz de Rada. "Al cambiarla, tienes que poner una más grande y, en cada sustitución, se dispone de menor superficie ósea adecuada para anclar la prótesis". Este problema se agrava en pacientes considerados jóvenes, es decir, menores de 65 años, quienes pueden necesitar al menos otros dos recambios de esta articulación a lo largo de su vida.

Precisamente, la prótesis de recubrimiento o 'resurfacing' está indicada para este tipo de pacientes.

La doctora **Marina Martínez**, psicóloga de la Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica, es la única española que ha intervenido en el 'Foro europeo contra el cáncer' que se celebró en el Parlamento Europeo, en Bruselas, donde habló sobre los cuidados paliativos en España.

El doctor **José Luis del Pozo**, del Área de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, ha sido nombrado editor asociado de la revista americana 'Journal of Clinical Microbiology', la tercera publicación en importancia del mundo en el Área de Microbiología Clínica.

De izquierda a derecha, los profesores Purroy, Muñoz, Prieto, Flórez y Herranz.

Homenaje al doctor Eduardo Ortiz de Landázuri

Expertos destacan, en el centenario de su nacimiento, su pasión por la universidad, su generosidad y su humildad intelectual

CUN ■ La Universidad de Navarra homenajeó el pasado mes de noviembre al profesor Eduardo Ortiz de Landázuri, médico internista de la Clínica y catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, fallecido en 1985. El acto, con motivo del centenario de su nacimiento, fue presidido por el rector, Ángel J. Gómez-Montoro, quien recordó "su amor apasionado a la institución universitaria". "Lo manifestó, día tras día, con su buen hacer. Decía que, al mirar atrás se daba cuenta de que lo único que había hecho había sido 'amar a la Universidad: a esta Universidad y ¡a todas!", señaló. "Su magnanimidad y su amor por la Universidad es un verdadero estímulo para seguir trabajando con pasión para sacar adelante este gran proyecto universitario", agregó.

El homenaje comenzó con una conferencia de Manuel Pérez Miranda, catedrático de Patología Médica de la Universidad de Extremadura, sobre la "Evolución de la medicina interna en los últimos 50 años".

A continuación, se celebró una mesa redonda moderada por Jesús Prieto, catedrático de la Universidad de Navarra y especialista del departamento de Medicina Interna de la Clínica. En ella intervinieron Manuel Muñoz, jefe del servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de León; Jesús Flórez, catedrático de Farmacología de la Universidad de Cantabria; y los profesores de la Universidad de Navarra Andrés Purroy, especialista en Nefrología y consultor de la Clínica; y Gonzalo Herranz, profesor de Bioética.

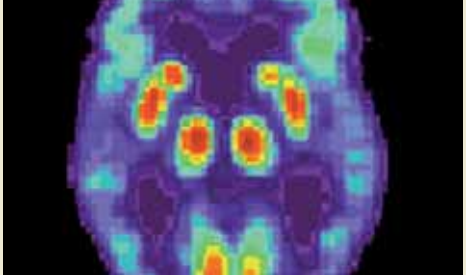
DILATADA TRAYECTORIA

Eduardo Ortiz de Landázuri, nacido en Segovia en 1910, se incorporó a la naciente Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra y a la Clínica en 1958. Allí, el catedrático de Patología Médica fue decano y vicerrector. También fue director del Centro Coordinado de Investigaciones Médicas de Pamplona, consejero del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), miembro de la Sociedad Española de Medicina Interna -de la que fue presidente-, y de las reales sociedades de Medicina de Gran Bretaña, Francesa de Gastroenterología y de la Asociación Argentina de Farmacología y Terapéutica Experimental.

Por su dilatada carrera, el Dr. Ortiz de Landázuri recibió la Cruz de Sanidad, la Gran Cruz de Alfonso X el Sabio y la Cruz del Mérito Civil de la República Federal de Alemania. Asimismo, el Colegio de Médicos de Navarra le nombró Colegial de Honor en 1984, y en 1985 obtuvo el Premio Couder y Moratilla de la Real Academia Nacional de Medicina. En 1983 dejó la docencia y poco tiempo después se le diagnosticó un tumor canceroso que provocó su muerte en 1985. Pasados 13 años se inició la Causa de su canonización en Pamplona.

ENLACES DEL TRIMESTRE

www.afal.es
Asociación para dar soporte a las familias con enfermos de Alzheimer.



Libros &Webs

EL ENLACE DE LA CLÍNICA

www.cun.es/noticiascun

SUSCRIPCIÓN ELECTRÓNICA
La Clínica envía mensualmente a quienes lo soliciten un boletín electrónico de noticias. Si desea recibirlo y quiere, además, estar al día de otras actividades organizadas por nuestro centro, por favor, rellene el formulario que se encuentra alojado en la siguiente dirección: www.cun.es/noticiascun.

Nuevas guías clínicas en oncología radioterápica para tumores digestivos

El doctor Díaz-González ha coordinado a 28 especialistas de 17 centros diferentes

■ El Grupo de Trabajo de Tumores Digestivos de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR-GI) ha publicado el libro *Guías Clínicas en Oncología Radioterápica para Tumores Digestivos*. El volumen ha sido dirigido por el doctor Juan Antonio Díaz-González, especialista del Departamento de Oncología de la Clínica y coordinador de SEOR-GI, y editado por ARAN Ediciones.

En los contenidos de la Guía han participado directamente 28 especialistas de 17 hospitales españoles, tanto públicos como privados. Sus objetivos principales son dos: poner a disposición de los especialistas en Oncología Radioterápica referencias claras para el tratamiento de estos tumores y facilitar una herramienta útil para el trabajo multidisciplinar en Oncología a todos los especialistas que trabajan en el ámbito del cáncer digestivo. "En Las Guías, hemos pretendido reunir, analizar y sintetizar numerosa información de calidad procedente de diversas fuentes, para, posteriormente, adaptarla y darle forma de acuerdo a objetivos concretos. Pienso que actualmente no existen en castellano publicaciones de características similares. La SEOR ha avalado el proyecto y reconoce el valor que aporta como material docente", precisa el doctor Díaz-González.

El nuevo volumen tiene una vocación integradora y aspira a sentar bases científicas sólidas para una asistencia de calidad en tumores digestivos acorde con el enfoque multidisciplinar actual en Oncología. En definitiva, "pretenden poner a disposición de todos los profesionales que trabajan en cáncer digestivo un conocimiento avanzado del papel de la Oncología Radioterápica como un componente importante en el manejo de estos tumores", explica el coordinador del libro.

Estas Guías responden también a un principio básico: generar una cultura de trabajo en la Oncología Radioterápica que favorezca el tratamiento multidisciplinar de los tumores digestivos.

El doctor Díaz-González, con un ejemplar de la nueva guía.

www.fchp.es/
La hipertensión pulmonar es una enfermedad de carácter progresivo, más frecuente en mujeres jóvenes y de mediana edad.

www.sesueno.org/
Portal de la Sociedad Española del Sueño para el desarrollo de la investigación e impulso de la Medicina del Sueño en España

Nieves Salsamendi, paciente y protagonista del relato y José María Merino, escritor.

Publicado el cuarto libro de la colección 'Historias de la Clínica'

Escrito por José María Merino, aborda el cambio de vida de una paciente con obesidad, tras someterse a una operación de cirugía bariátrica

■ La Clínica ha publicado el cuarto volumen de la colección de relatos cortos 'Historias de la Clínica'. El libro titulado *La batalla de todos los días* es obra del escritor José María Merino y aborda la historia de la pamplonesa Nieves Salsamendi, que llegó a convertirse en obesa y dio el paso de someterse a una cirugía bariátrica para mejorar su vida. El escritor José María Merino es miembro de la Real Academia Española, Premio Nacional de la Crítica (1986), Premio Nacional de Literatura Infantil y Juvenil (1994), Miguel Delibes de Narrativa y NH de Relatos, entre otros numerosos galardones.

Los tres volúmenes anteriores de la colección son *La pierna de Peter Parker* de Juan Manuel de Prada (2007), *El clarinetista agradecido* de Soledad Puértolas (2008), y *Noticias de la nieve* de Gustavo Martín Garzo (2009). Historias de la Clínica no pretende ser una recopilación de casos médicos, sino un homenaje, a través de sus historias, a las personas que sufren la enfermedad y que, paradójicamente y gracias a ella, sacan lo mejor de sí mismas.

Durante el acto de presentación del nuevo relato comparecieron el autor del libro, José María Merino, la protagonista del relato, Nieves Salsamendi, el director general de la Clínica, José Andrés Gómez Cantero, el especialista del Departamento de Endocrinología, el doctor Camilo Silva, y el especialista del Departamento de Cirugía que participó en la intervención, el doctor Víctor Valentí.

Durante la presentación, el escritor agradeció a la Clínica "la posibilidad de vivir una experiencia tan enriquecedora de escribir un cuento que no es mentira sino la historia real y ejemplar de un enfermo que decide luchar contra la obesidad con un apoyo médico y humano de gran categoría. Para mí fue un reto por lo que suponía de enfrentarme a una historia real, yo que me dedico a la ficción. Y a mí los retos me gustan", concluyó Merino.

Por su parte, la protagonista de la historia se dirigió al autor para agradecerle "su manera exquisita y delicada de contar mi batalla de todos los días: la de comer bien y hacer ejercicio porque es así como se triunfa frente a la gordura. Una gordura que nos aleja de los parámetros de la salud", advirtió.

FICHA

Título: La batalla de todos los días
Autor: José María Merino
Número de páginas: 57
Portada: Alberto Aragón
Diseño: Errea Comunicación
Impresión: Castuera
Edita: CUN

[+] MÁS INFORMACIÓN
El libro se distribuye de manera gratuita. Pueden solicitar ejemplares escribiendo un correo electrónico a: noticiascun@unav.es

FIRMA INVITADA
DR. RAFAEL HERNÁNDEZ ESTEFANÍA

El laberinto del Minotauro... y la cirugía de la fibrilación auricular

CUENTA LA LEYENDA QUE, con fines sucesorales, Minos de Creta pidió ayuda a Poseidón, prometiéndole a cambio el sacrificio de un enorme toro blanco, ofrenda que no llegó a realizar maravillado por la belleza del bocel. Agraviado e iracundo, el Dios de los mares hizo que su bella esposa se enamorase perdidamente del astado, de cuyo fruto nació el Minotauro (cabeza de toro y cuerpo de hombre); un monstruo de apetito voraz que sólo se alimentaba de carne humana. Probablemente avergonzado y temeroso ante la ferocidad incontrolable de la bestia, Minos ordenó a Dédalo la construcción de una estructura laberíntica gigantesca compuesta por infinitos pasillos donde poder confinarlo en su interior. Pero, lejos de disiparse su cólera, Poseidón, obligó a Minos a la elección anual de 14 jóvenes vírgenes que, como ofrenda, deberían ser arrojados al laberinto de donde jamás saldrían, convirtiéndose así en el alimento del Minotauro. Tres décadas después de la instauración del castigo, uno de los elegidos anuales para la ofrenda fue Teseo, seguramente en represalia por los fuertes lazos afectivos que se habían creado entre él y Ariadna, su agraciada hija. Valiente, y en connivencia con su amada, Teseo se introdujo en el laberinto con la ayuda de un ovillo de hilo que utilizó para reconocer el camino de vuelta, una vez que consiguió acabar con el Minotauro.

LA FIBRILACIÓN AURICULAR (FA) es la arritmia mantenida más frecuente en nuestros días. Normalmente asociada a patología de la valvula mitral, pero también de manera aislada o asociada a otras patologías, no sólo condiciona un aumento de la mortalidad debido a problemas cardiovasculares, sino que duplica el riesgo de presentar accidentes cerebro-vasculares. Se trata de una alteración del ritmo cardiaco normal, denominado ritmo sinusal (RS), donde las aurículas no se contraen adecuadamente y, en respuesta, los ventrículos lo hacen de manera irregular, rápida y poco efectiva. Debido a la ausencia del normal estímulo eléctrico dirigido desde el nodo sinusal (NS) al nodo auriculo-ventricular (NAV), se produce un latido desorganizado que produce una contracción cardiaca heterogénea y desordenada. En ausencia de RS aparecen focos ectópicos que actúan a modo de "gatillo" y que distribuyen el estímulo de manera errática, produciendo también fenómenos de re-entrada que excitan la aurícula en el momento de la relajación, y que perpetúan la FA. El tratamiento farmacológico de esta arritmia, que incluye anticoagulación oral y/o antiarrítmicos, resulta ineficaz en la actualidad, tanto en la curación de la arritmia, como en la prevención de eventos embólicos cerebrales de origen cardiaco.

En 1987 el Dr. James Cox diseñó la técnica denominada Maze (laberinto, en inglés), basada en la división quirúrgica de las aurículas mediante cortes y posteriores suturas. Conceptualmente, mediante este procedimiento se generan cicatrices que forman barreras electrofisiológicas que confinan la FA en zonas aisladas, impiden los fenómenos de reentrada, y crean un único camino para que el estimulo transcurra desde el NS al NAV. Con unos resultados iniciales excelentes (93% de los pacientes tratados ya no necesitaban medicación porque la FA estaba curada), la técnica se difundió rápidamente a través de la comunidad científica. Pero, rápidamente, las expectativas se vieron truncadas: otros grupos quirúrgicos que intentaron el procedimiento se econtraron con una técnica difícil, no exenta de complicaciones.

Con el nuevo milenio se ha comenzado a utilizar diversas energías (radiofrecuencia, microondas, ultrasonidos, criotermia) a través de diversos dispositivos diseñados para su utilización en el tejido cardiaco. Este avance ha permitido crear cicatrices de ablación similares a las de la técnica original de manera segura y menos invasiva evitando incluso, la necesidad de parar el corazón, o la realización de grandes incisiones quirúrgicas, con unos resultados tan buenos como los del Maze original.

En definitiva, podemos considerar los resultados de la cirugía de la FA como "muy satisfactorios", ante una enfermedad que adolece de un tratamiento 100% efectivo. En ámbito particular, nuestro grupo es consciente de la importancia de la necesidad de curación de esta arritmia, y por ese motivo realiza esta técnica, mediante la aplicación de dispositivos de energía, en todos aquellos pacientes con FA que precisan de cirugía por otras patologías cardiacas. Asimismo, trabajamos en la actualidad con el firme propósito de diseñar el procedimiento más curativo y menos agresivo, especialmente en pacientes que presentan FA aislada.

Desconozco si el Dr. Cox tuvo en mente el mito del Minotauro cuando diseñó su técnica, pero el paralelismo asombra: líneas de ablación (laberinto de Dédalo), que confinan la FA (Minotauro), impiden los fenómenos de reentrada (jóvenes sacrificados), y permiten una única vía de escape desde el NS al NAV (Teseo gracias al hilo de Ariadna).

*El doctor **Rafael Hernández Estefanía** es especialista del departamento de Cardiología y Cirugía Cardiaca de la Clínica.*

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