



Cada año se detectan en Navarra cerca de 140 tumores de cabeza y cuello

Suponen un 5% de los tumores detectados anualmente y los más frecuentes son los de laringe

DN

Pamplona

Cada año se detectan en Navarra entre 140 y 145 tumores de cabeza y cuello. En total, suponen el 5% de todos los tumores y los de laringe son los más frecuentes, según se puso de manifiesto durante un curso de planificación de tratamientos radioterápicos de estos tumores para especialistas en radioterapia organizado por Fernando Arias, oncólogo del Complejo Hospitalario de Navarra.

Los tumores de cabeza y cuello incluyen los carcinomas de la cavidad oral, faringe, laringe, y los más infrecuentes de la cavidad nasal, senos paranasales y glándulas salivares.

Los dos tratamientos fundamentales en estos tumores son la radioterapia y la cirugía. Así, aproximadamente el 80% reci-

ben tratamiento con radioterapia (116 pacientes en 2012).

En tumores precoces, ambos son tratamientos curativos y la elección de uno u otro depende de la localización del tumor y de las secuelas que se puedan esperar. En tumores avanzados, el tratamiento puede incluir la cirugía seguida de radioterapia, generalmente con quimioterapia, indicaron los expertos. En tumores inoperables o cuya cirugía conlleve grandes mutilaciones, en general es preferible un tratamiento conservador del órgano, como la laringe, basado en radioterapia y quimioterapia.

Los expertos destacaron que en estos tumores están implicados factores ambientales, como el tabaco y el alcohol, por lo que la eliminación de este tipo de hábitos es determinante para la reducción de su incidencia.

En la actualidad, las investigaciones en este campo se dirigen hacia la identificación de los factores moleculares pronósticos y factores predictivos de respuesta a los distintos tratamientos que permitan individualizar los mismos.

Regístrate gratis

Suscríbete

Lee La Vanguardia en



Destacamos ▶ Isabel García Tejerina Pere Navarro Tito Vilanova MotoGP

Lunes, 28 de abril 2014

LA VANGUARDIA.com Navarra

 buscar

Portada Internacional Política Economía Sucesos Opinión Deportes Vida Tecnología Cultura Gente Ocio Participación Hemeroteca Servicios

Navarra

Los tumores de cabeza y cuello afectan a 140 pacientes cada año en Navarra, un 80% tratados con radioterapia

Navarra | 25/04/2014 - 15:37h

0 Notificar error Tengo más Información

Seguir Menéalo

Medio centenar de oncólogos de todo el país se forman en Pamplona en **radioterapia** para este tipo de **tumores**

PAMPLONA, 25 (EUROPA PRESS)

Los tumores de cabeza y cuello tienen una incidencia en Navarra de entre 140-145 pacientes cada año, de los que aproximadamente el 80 por ciento reciben tratamiento con radioterapia (**116 pacientes** en 2012), siendo los más frecuentes los de laringe.

Pamplona es la sede este viernes y este sábado de un curso nacional sobre el tratamiento de radioterapia (RT) en tumores de cabeza y cuello (TCC), al que asisten 45 oncólogos de toda España con el objeto de adquirir formación específica en la delimitación mediante imagen de los TCC, para un óptimo diseño y planificación de tratamientos radioterápicos, con el fin de evitar en lo posible los efectos secundarios de estas terapias (afectación de piel y tejido sano).

Se trata del III Curso de Planificación/Contorneo de tumores de cabeza y cuello, dirigido fundamentalmente a especialistas en oncología radoterápica y a médicos en formación en esta especialidad. El curso está dirigido por el doctor Fernando Arias de la Vega, oncólogo del Complejo Hospitalario de Navarra.

145 CASOS CADA AÑO EN NAVARRA

Los tumores de cabeza y cuello incluyen los carcinomas de la cavidad oral, faringe, laringe, y los más infrecuentes de la cavidad nasal, senos paranasales y glándulas salivares. Se puede decir que, globalmente, suponen el 5 por ciento de todos los tumores. En Navarra estos tumores tienen una incidencia de entre 140-145 pacientes cada año, de los que aproximadamente el 80 por ciento reciben tratamiento con radioterapia (116 pacientes en 2012), siendo los más frecuentes los de laringe.

Los dos tratamientos fundamentales en los TCC son la radioterapia y la cirugía; en tumores precoces, ambos son tratamientos curativos y la elección de uno u otro depende de la localización del tumor y de las secuelas esperables. En tumores avanzados, el tratamiento puede incluir la cirugía seguida de radioterapia, generalmente con quimioterapia. En tumores inoperables o cuya cirugía conlleve grandes mutilaciones, en general es preferible un tratamiento conservador del órgano, como la laringe, basado en radioterapia y quimioterapia.

Por lo que se refiere a la prevención, en la mayoría de los TCC están implicados factores ambientales, como el tabaco y el alcohol, por lo que la eliminación de este tipo de hábitos es determinante para la reducción de la incidencia de los TCC, ha informado el Gobierno foral en un comunicado.

En la actualidad, las investigaciones en este campo se dirigen hacia la identificación de los factores moleculares pronósticos y factores predictivos de respuesta a los distintos tratamientos que permitan individualizar los mismos. También se están estudiando los

LO MÁS >>

Ofrecido por "la Caixa"

LO MÁS VISTO

LO MÁS COMENTADO

Ir a Lo más

AL MINUTO >>

- 09:50 • Casi la mitad de los hoteles españoles acepta ya reservas a través del móvil
- 09:46 • Egipto condena a muerte a 720 islamistas por actos de violencia
- 09:34 • Isabel García Tejerina sustituye a Cañete como ministra de Agricultura
- 09:16 • Los turistas internacionales gastan un 8,1% más hasta marzo
- 09:12 • Ingenieros y programadores ganan hoy más que sus padres a su edad

Ir al minuto

factores que influyen en la toxicidad de los tratamientos que, aunque pueden ser curativos, a menudo lo son a costa de efectos secundarios, tanto agudos como crónicos, que pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes.

PAMPLONA, SEDE DEL CURSO POR SEGUNDA VEZ

De las tres ediciones del curso celebradas hasta el momento, dos han tenido lugar en Pamplona (2009 y 2014). Está incluido en los cursos oficiales de la EEOR (Escuela Oficial de **Oncología Radioterápica**) y ha sido declarado de Interés sanitario por el Departamento de Salud. Su organización ha corrido a cargo del servicio de Oncología Radioterápica del CHN, con la colaboración del servicio de Radiofísica Hospitalaria, también del CHN. El profesorado lo componen 11 especialistas de gran experiencia, referentes en el campo de la oncología radioterápica, cuatro de ellos del CHN (Fernando Arias; Gemma Asín; Andrea Burguete y Fernando Mañeru) y uno de la CUN (Marta Moreno).

Los contenidos del curso son eminentemente prácticos, repartidos en dos sesiones: la primera, un recordatorio de fundamentos teóricos y avances en el tratamiento de los TCC, y la segunda, totalmente práctica, en la que los participantes planifican los tratamientos de RT de casos reales de pacientes con TCC de localización más frecuente. Las sesiones se imparten en el pabellón de Radioterapia del CHN.

Te puede interesar: los usuarios que han consultado esto también han visto...

0 • Notificar error • Tengo más Información

Seguir

Menéalo

[Normas de participación](#)

Powered by Livetyre

Usuario

Información

• Política de cookies

LaVanguardia.com

Otros formatos

LAVANGUARDIA

Copyright La Vanguardia Ediciones S.L.
All rights reserved

Médicos de Vigo, pioneros mundiales en radiar un pulmón sin que el paciente respire 5 horas

La técnica, realizada en el Meixoeiro, concluye con éxito tras tres sesiones ▶ El afectado, un pontevedrés de 68 años que solo tiene un pulmón, evoluciona de manera satisfactoria

E. OCAMPO ■ Vigo

Un pontevedrés de 68 años y con solo un pulmón en el que registraba un tumor maligno ha sido el primer paciente en el mundo tratado con radioterapia de alta precisión –para no afectar a más tejido que el estrictamente dañado– tras detener su respiración durante toda la intervención, de 200 hasta 300 minutos; es decir, hasta cinco horas.

La colaboración entre Oncología Radioterápica y Cirugía Cardíaca del hospital Meixoeiro del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Chuvi) ha logrado este hito médico. Consiguieron evitar el movimiento respiratorio del paciente para aplicar la radiación de una forma más precisa, conectándolo a una máquina de circulación extra corpórea que mantuvo oxigenada su sangre. Esta nueva técnica pionera ideada en Vigo y realizada gracias a un equipo multidisciplinar ha logrado resolver con éxito un caso que no era operable de forma convencional.

Hace un mes y medio que el paciente terminó el tratamiento y evoluciona “estupendamente”, según fuentes médicas. La irradiación durante una hora se realizó en tres sesiones, entre las cuales transcurrieron 48 horas, y las comprobaciones realizadas posteriormente arrojaron resultados satisfactorios.

Se trata de un método pensado para pacientes con una función pulmonar muy menguada y que no admiten cirugía ni ninguna otra técnica invasora, y a los que incluso la radioterapia convencional tampoco resulta aconsejable, por cuanto no es posible comprometer ni un milímetro más de tejido sano. “Pacientes con unas condiciones muy concretas a nivel general y con escasa oxigenación”, explica el jefe de servicio de Oncología Radioterápica, el doctor Víctor Muñoz. “Son candidatas personas o con un pulmón solo, o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o pacientes que no pueden estar tumbados en los que se registra el tumor”, matiza. De este tipo de casos podrían verse en Galicia uno cada dos meses.

Mediante el procedimiento de parada respiratoria se consigue optimizar la precisión del tratamiento y así se preserva de radiación la práctica totalidad del tejido que no está afectado, recalca el Sergas. Pero para alumbrar esta técnica ha sido importante también la dotación tecnológica: el sistema de circulación extra corpórea portátil, tal y como reconoce el jefe de servicio de Cirugía Cardíaca, Gonzalo



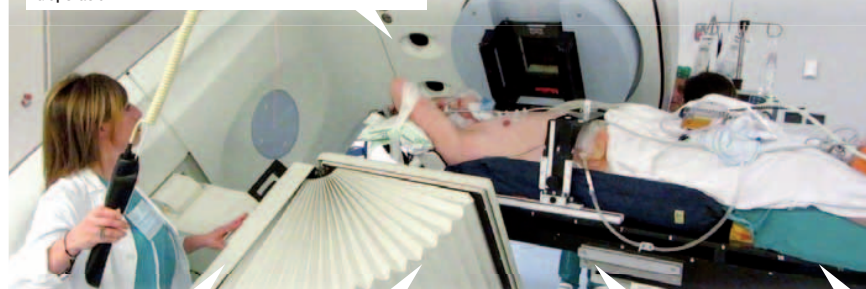
Equipo multidisciplinar que participó en esta técnica pionera en el hospital Meixoeiro de Vigo.

Técnica pionera a nivel mundial para radiar un tumor de pulmón

1 Se conectó al paciente a una **máquina portátil de circulación extracorpórea** a nivel de la ingle, a través de su arteria y vena femoral, en el quirófano de la misma Unidad. **Objetivo:** Mantener la **circulación y oxigenar la sangre** para sustituir la actividad del pulmón. Así se pudo **detener la respiración y disminuir el ritmo cardíaco**, lo que **eliminó cualquier movimiento del pulmón del paciente durante la operación**

Paciente
Varón de 68 años, con un solo pulmón, con un tumor maligno no operable

Tratamiento
Radioterapia en un acelerador lineal de la Unidad de Oncología Radioterápica



2 Se aplicó **Radiología de alta precisión** (para conseguir mantener intacto el resto del órgano respiratorio)

3 La **irradiación** se realizó en **tres sesiones** de tratamiento, entre las que transcurrieron 48 horas, en las que el paciente siguió vigilado y consciente en la Unidad de Recuperación de Cirugía Cardíaca

4 En cada una de las tres sesiones se comprobó la coincidencia de las **imágenes del TAC** previas y posteriores al tratamiento para verificar la **exactitud de la radiación planificada** y aplicada sobre el tumor

5 Se utilizó también un **sistema estereotáctico de coordenadas**, consistente en seis pequeñas esferas infrarrojas que actúan como **referencia posicional** y que fueron colocadas sobre el **pecho del paciente**

Fuente: SERGAS

Laura Monsorio

Pradas.

Esta máquina, también conocida como sistema de “resurrección” –popularmente– ha sido recientemente dotada en el Chuvi. Su uso se ha hecho famoso como milagroso ya que ha salvado la vida a más de trescientos españoles, tras sufrir un fallo severo de los pulmones o el corazón; también es usada para mantener las constantes del paciente tras un trasplante o bien para ayudar a su corazón durante una operación complicada. En esta técnica, el sistema es útil para oxigenar la sangre del paciente

mientras se para su respiración.

Esta intervención pionera practicada en el Meixoeiro fue posible gracias a la participación de oncólogos radioterapeutas, cirujanos cardíacos, anestelistas, radiofísicos, cardiólogos, técnicos, enfermeros y personal auxiliar. “No entraña más riesgos necesariamente que una cirugía o radiología tradicional aunque es más difícil de realizar”, reconoce Muñoz.

El avance será publicado en dos revistas médicas: “Regio”, que edita el Grupo de investigaciones oncológicas y el Euro-

peo, de Cirugía Torácica y Cardíaca. La técnica sería idónea también para el tratamiento de tumores afectados por el movimiento de diafragma.

Ahora quedará por testar que además es más valiosa –al permitir no radiar ninguna otra zona del pulmón o de otros órganos– que la cirugía convencional. Habrá que realizar más ensayos clínicos. “Hay que demostrar que es mejor, también comparando la evolución de pacientes similares operados con una u otra técnica”, explicaron los responsables.

GONZALO PRADAS
■ Jefe de Svo. Cirugía Cardíaca

“Esperamos que sirva para más pacientes y en el futuro se aplique en más tumores”

El cardiólogo responsable del servicio de Cirugía Cardíaca reconoce que la idea de esta técnica nació durante un Congreso de la sociedad española de Oncología Radioterápica celebrado en Vigo en el mes de junio pasado.

“El resultado es una satisfacción muy grande, con la esperanza de que la técnica sirva para más pacientes como este y, como parece en el futuro, que sea útil en el tratamiento de otros tipos de tumores que también se mueven con el diafragma”, aseguró Gonzalo Pradas. Por tanto, mostró alegría por el resultado y por sus posibles aplicaciones en otro tipo de tumores. También, que este tipo de avances médicos muestran que “salir de nuestro encorsetamiento habitual y compartir con otros servicios es una labor multidisciplinar muy fructífera”, aseguró.

VICTOR MUÑOZ
■ Jefe Svo. Oncología Radioterápica

“Se puede evitar tocar un 50% de tejido que se radiaría con otra técnica”

Con una gran experiencia en Oncología Radioterápica, el jefe de servicio, Víctor Muñoz, asegura con orgullo que esta técnica “abre un camino para pacientes ahora desahuciados” –que no son operables–.

“Es un salto muy importante en Medicina y demuestra que todavía con la colaboración entre profesionales se pueden realizar técnicas muy beneficiosas para los pacientes”, añade. Al mismo tiempo, el experto insiste en el “ahorro” que supone en el tratamiento, a la hora de dañar otros tejidos. “Se puede evitar tocar más del 50% de tejido del que se radiaría con cualquier otra técnica, aunque ahora mismo fuera la más puntera del mundo”, asegura. Detrás está la clave al evitar el funcionamiento del pulmón y, por tanto, el movimiento respiratorio.





Cribado en mama: "Baja un 20% la mortalidad y se sobretrata un 3-7%"

MADRID
J. A. P.

El debate sobre la idoneidad de realizar cribados en cáncer de mama sigue sobre la mesa. Este fin de semana, en Ciudad Real, el III Congreso de la Asociación Española de Cirujanos de la Mama (Aecima) se ha encargado de avivar la discusión, sobre todo por la participación de John Benson, coordinador de la Unidad de Mama del Hospital Universitario de Cambridge, que pidió reformular los programas "porque su efectividad en la reducción de la mortalidad está en entredicho".

Según ha explicado a DM Ricardo Pardo, miembro de la junta directiva de Aecima y coordinador de la Unidad de Cáncer de Mama del Hospital General Universitario de Ciudad Real, Benson es un "crítico moderado" de los programas de cribado. Aecima "considera necesario el intercambio de opiniones para mejorar la eficacia de los programas".

PROS Y CONTRAS

Dicho esto, la postura de la sociedad es de defensa de los programas. Pardo cree que hacerlos compensa: "Según la literatura científica, reduce la mortalidad un 20 por ciento". Preguntado por el posible aumento del sobrediagnóstico y el sobretratamiento asociado, ha admitido su existencia, pero ha insistido en que los beneficios del cribado superan sus perjuicios, cifrando

los diagnósticos y tratamientos no deseables "entre un 3 y un 7 por ciento".

Pardo se aferra a que "no sabemos la evolución del cáncer: sin esa información, mejor realizar cribados". Sobre la edad a la que se inicien los programas (el principal debate es si hacerlo a los 45 o a los 50 años, llegando normalmente a los 70), resta importancia a este lustro de diferencia, e insiste en que está demostrada la reducción de la mortali-

La Asociación de Cirujanos de la Mama admite sobrediagnóstico y sobretratamiento, pero cree que las ventajas superan los perjuicios

John Benson, del Hospital de Cambridge, se alinea con quienes creen que no son lo bastante eficaces, y que pesan más los efectos adversos

dad. Sobre el reciente estudio del *BMJ*, que cita una posible retirada del cribado en Suiza, dice que este país "no suele ser un ejemplo de peso para la sanidad".

Finalmente, frente a los costes vinculados con los programas de cribado, sitúa la pelota en el tejado de la política: "Clínicamente salvas vidas. Ningún país desarrollado los ha retirado; hacerlo o no depende de las administraciones".



Benson y Pardo, durante el congreso de Aecima.



Diseñan modelos predictivos más sensibles en cáncer de próstata

GM
Madrid

Un grupo de especialistas en oncología radioterápica del Instituto Madrileño de Oncología (IMO), en colaboración con expertos de la Facultad de Ingeniería de la Salud de la Universidad de Sevilla, han creado modelos predictivos más específicos y sensibles en pacientes con cáncer de próstata. "El objetivo del estudio era crear un modelo que nos permitiera predecir con mayor sensibilidad y especificidad las posibles complicaciones y efectos secundarios que pueden presentar este tipo de pacientes", ha destacado José Luis López, oncólogo radioterápico del Grupo IMO.

A partir de la técnica de minería de datos, que permite la combinación de un mayor número de variables, estos expertos obtuvieron que el tamaño de la pelvis tratada y el valor del marcador pronóstico del antígeno prostático específico (PSA) son las variables con mayor valor predictivo en complicaciones intestinales, tanto moderadas como severas.

Asimismo, este modelo señaló el tiempo de duración de la radiación, la dosis máxima de radiación que había recibido la vejiga, el PSA y el tamaño del tumor como las variables que mejor predecían los efectos secundarios de tipo urinario. Una identificación de gran utilidad para los profesionales, que pueden así adoptar medidas preventivas que impidan la aparición de estos efectos secundarios o, al menos, pueden intentar minimizarlos.