

■ VERDE / ENTREVISTA

A. VIDAL • VALENCIA

El cáncer de próstata es el primer tumor en número de casos diagnosticado por año en varones en Europa como en España. En España se producen 30.000 diagnósticos al año. El Instituto Valenciano de Oncología (IVO), por su especialización oncológica y experiencia, se ha posicionado como el único centro a nivel nacional con capacidad multidisciplinar para el tratamiento integral de los procesos oncológicos urológicos. El Servicio de Urología ofrece todas las alternativas disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los diferentes tumores urológicos: próstata, renales, vejiga, pene y testículos.

-El 90 por ciento de los pacientes sobrevivirán, ¿a qué se debe tan alta incidencia?

-Debido al uso del PSA, biomarcador específico del cáncer de próstata detectable en sangre. Este biomarcador conlleva que el 90 por ciento de estos cánceres que se detectan lo hagan en fase curable; antes de su existencia. Más de la mitad de los que se diagnosticaban lo hacían ya con metástasis, cuando ya no es curable.

-¿Podrá curarse en un futuro la metástasis?

- Dudo mucho que se pueda erradicar la metástasis, pero en los últimos diez años han aparecido hasta cinco fármacos nuevos que han demostrado alargar la supervivencia de los enfermos con metástasis resistentes al tratamiento hormonal clásico. Es de esperar que la aparición de fármacos nuevos, la combinación de los previos y la mejora de las medidas de soporte lleguen a cronificar la enfermedad.

-¿En qué consiste la prostatectomía radical laparoscópica y qué ventajas tiene frente a otras técnicas? ¿En qué casos se recomienda cada una?

- La prostatectomía radical laparoscópica reproduce la técnica abierta con menores tasas de sangrado y una más rápida recuperación. Permite, además de la extirpación de la próstata y las vesículas seminales, la extirpación de los ganglios pélvicos, de la misma forma que una mastectomía se acompaña de un vaciado de los ganglios de la axila, al ser estos territorios del primer escalón de metastatización de dichos tumores. Las principales ventajas que aporta frente a la alternativa de la radioterapia es un mejor control local, un seguimiento más fácil de la enfermedad, eliminar clones tumorales radioresistentes y una más rápida y eficaz aplicación de las terapias de rescate ante una eventual recaída. El recomendar



KIKE TABERNER

PERFIL

- Licenciado en Medicina en 1992 por la Universitat de València. Doctorado en Medicina y Cirugía en 1999. Especialidad en Urología en la Fundación Puigvert de Barcelona.
- Fellowship en Biología Molecular de Cáncer de Próstata en Universidad de Newcastle (UK) en 1998.
- Investigador principal de PIEM/AEU/2014/0001, Registro Nacional de Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata dependiente de la Asociación Española de Urología.

José Rubio

Jefe del Servicio de Urología del Instituto Valenciano de Oncología (IVO)

«Gracias a fármacos y medidas de soporte, el cáncer de próstata será una enfermedad crónica»

En España se diagnostican cada año 30.000 nuevos casos. El Instituto Valenciano de Oncología (IVO), por su especialización oncológica y experiencia, es uno de los centros de referencia en su tratamiento

una u otra alternativa depende de cada caso y cada paciente.

- El IVO lleva a cabo un programa de vigilancia activa de los tumores de bajo riesgo, ¿en qué consiste?

- Sin contradecir el gran beneficio ya comentado previamente que el PSA ha supuesto en el manejo del cáncer de próstata, no es menos cierto que ha conllevado que se sobrediagnostiquen un número de pacientes que jamás se morirán por él. La gran mayoría de pacientes incluidos en vigilancia activa por cáncer de próstata de bajo riesgo no mueren por su tumor, sino por otras causas, y no sufren los efectos secundarios a los tratamientos radicales. Actualmente en nuestro centro, el 40 por ciento de los que diagnosticamos entran en vigilancia activa.

- ¿Funciona el programa de Diagnóstico Precoz Oportunista para el Cáncer de Próstata?

- En el IVO procedemos a hacer un diagnóstico precoz oportunista optimizado, adecuándolo a la

edad, riesgo familiar y valores del PSA, para ahorrar recursos.

- ¿Ya han superado los hombres los tabús y miedos para someterse a las pruebas de detección?

- Sí, totalmente. El miedo al tacto rectal, que debe acompañar siempre al PSA y debe ser realizado por un urólogo, no está fundado. Ya es un tema del pasado.

- Son pioneros en biopsias de próstata que integran resonancia magnética y ecografía, ¿en qué consiste?

- Una vez el paciente tiene un PSA o un tacto rectal sospechosos, tradicionalmente se le ha sometido a una biopsia guiada por ecografía transrectal aleatoria, como un mapeo prostático ciego. El uso de la resonancia magnética permite una mejor caracterización del posible tumor y su información se fusiona mediante «software» especiales a la biopsia transrectal guiada por ultrasonidos, de tal forma que se mejora el rendimiento de esta y la caracterización

pronóstica del tumor detectado, información capital para poder ofrecer la mejor alternativa terapéutica.

- Además de la cirugía, ¿cuáles son las armas con las que se lucha contra este cáncer?

- Hemos hablado de la cirugía y la radioterapia radicales, pero también se puede usar radioterapia intersticial mediante la aplicación de semillas radioactivas (braquiterapia). Por otro lado, la vigilancia activa es una alternativa cada vez más usada para los tumores de bajo riesgo y a caballo entre ella y los tratamientos radicales, se están desarrollando en la actualidad múltiples estrategias de tratamiento focal, que se puede aplicar hasta en el 15 por ciento de los tumores detectados.

- ¿Cómo han afectado tantos años de crisis y recortes a la investigación oncológica?

- El mundo sanitario y el de la investigación siempre se han sabido adaptar y buscar vías de financiación debajo de las piedras, pero es claro y evidente que la investigación, clínica y traslacional, sufragada y sustentada institucionalmente por las autoridades sanitarias de un país, como pasa en USA, Reino Unido o Alemania, es sin duda mucho más fructífera. Por otro lado, los congresos médicos, internet y la globalización han sido muy positivos en la difusión del conocimiento, por lo que creo que la investigación, se haga donde se haga, llega finalmente a todo el mundo desarrollado, no así, desgraciadamente, al Tercer Mundo.