

EN BREVE

Adif inicia la construcción del tablero del viaducto de Kobate para el TAV**ARRASATE**

Adif ha iniciado la construcción de la plataforma superior del viaducto de Kobate, incluido en el tramo Arrasate-Elorrio del tren de alta velocidad (TAV). Esta estructura de 94 metros de longitud unirá los túneles de Karraskain y Kobate DV

Amaleri omenaldi, lehen euskal irratsaioaren 80. urteurrenean**HEDABIDEAK**

Atzo bete ziren 80 urte euskarazko lehenengo irratsaio finkoa abiatu zela. Donostiako Unión Radion izan zen. Joseba Zubimendi eta Ander Arzelus 'Luzear' izan ziren eragile nagusiak, eta bizirik dago orduko protagonistetako bat, Amale Arzelus neskak. Atzo omenaldi egin zioten Donostiako KMn. DV



Txaro Arteaga eta Amale Arzelus, atzo KMn. :: LUSA

Cinco alumnos ganan una liga con un debate sobre cultivos transgénicos**UPV/EHU**

El equipo de la UPV/EHU compuesto por Ion Baratas, Leire Caballero, Juan Sandín, José Tonelli y Jesús Ágel Ibarretxe ganó ayer la IV Liga de Debate Universitario. Coordinados por los profesores David Mérida Sanz y Santiago González de la Torre, se postularon en contra de los transgénicos. EUROPA PRESS

«La supervivencia al cáncer de mama es cada vez mayor»

Isabel Rubio Cirujana



Isabel Rubio, en el congreso que se celebra en Onkologikoa.

El I Congreso de la Asociación de Cirujanos de Mama concluye hoy en Onkologikoa

:: CRISTINA TURRAU

SAN SEBASTIÁN. «La supervivencia al cáncer de mama es cada vez mayor y nuestro reto es conseguir la mejor calidad de vida para los pacientes». Lo dice Isabel Rubio, coordinadora de la Unidad de Patología Mamaria del hospital Vall d'Hebron de Barcelona y miembro de la junta directiva de la Asociación Española de Cirujanos de la Mama (AE-CIM). El primer congreso de la asociación termina hoy en Onkologikoa de San Sebastián.

– Objetivos del congreso...

– Queremos dar a conocer la asociación, que nació en 2010. Y para iniciar nuestra andadura buscamos consensos en el tratamiento a los pacientes con cáncer de mama. Un aspecto de suma actualidad es determinar a qué pacientes con un ganglio centinela positivo hay que hacerles una disección axilar o linfadenectomía, que es la extracción de los ganglios linfáticos.

– ¿Por qué la importancia del ganglio centinela en el cáncer de mama?

– Centrándonos en el aspecto quirúrgico, hace 15 años a todos los pacientes con cáncer de mama se les quitaban todos los ganglios de la axila. No teníamos detectado el ganglio centinela, que es por donde drenan las células cancerígenas y el primero que puede quedar afectado por la enfermedad. La disección axilar conlleva un riesgo de entre un 15 y un 30% de linfedema o hinchazón del brazo, que puede llevar a una impotencia funcional del mismo. Como la supervivencia al cáncer de mama es cada vez mayor, el reto es dar el mejor tratamiento con los menores efectos secundarios.

– Y ahí el ganglio centinela tiene un papel importante.

– Está probado y demostrado que cuando el ganglio centinela es negativo no hay que hacer la disección axilar. Pero hay un reciente estudio que demuestra que cuando es positivo, los pacientes a los que no se les ha hecho la disección axilar tienen la misma supervivencia. El estudio tiene una serie de limitaciones y es-

pecificaciones y es lo que queremos debatir.

– Uno de los ponentes es Armando Giuliano, pionero en estos tratamientos. ¿Qué descubrió?

– Fue el primero en encontrar el ganglio centinela usando el tinte azul. Los estudios empezaron con el melanoma para tratar de identificar por qué ganglios drenaba este cáncer en las diferentes localizaciones del cuerpo. Giuliano aplicó estos estudios a la mama para determinar cuál era el primer ganglio adonde drenaba el tumor. Ideó la técnica y además es el primer autor del estudio que vamos a analizar para establecer un consenso.

– La técnica fue un gran avance.

– El ganglio centinela puede ser positivo o negativo. Que se tenga un cáncer de mama no quiere decir que el ganglio centinela tenga un tumor. Pero hay que saber cómo está. Con la técnica se detecta el ganglio y nosotros lo analizamos para saber si está afectado o no. La cuestión es saber qué ganglio es al que iría el tumor si saliera de la mama.

– El ganglio centinela, ¿se quita?

– Hay que hacerlo para saber si está afectado. El único diagnóstico cierto de ese ganglio es anatomopatológico. No hay técnica de imagen que nos pueda decir si es positivo o negativo con una seguridad del 100%. Por eso hay que quitarlo.

– ¿Sacarán conclusiones?

– Queremos obtenerlas para que los cirujanos tengan un consenso. La asociación determinará unas pautas para que, con unos niveles de evidencia, el cirujano pueda actuar.

– Sin consensos, el cirujano no se atreverá a tomar decisiones...

– Es importante que cada unidad de mama de cada hospital establezca consensos entre oncólogos, radio-terapeutas y cirujanos. Y una asociación como la nuestra puede ofrecer acuerdos sobre temas de actualidad. Lo vemos en las sociedades americanas. Si estableces consensos apoyados en niveles de evidencia se convierten en guías que los profesionales pueden consultar. La toma de decisiones en los cambios de tratamiento necesitan de una base científica. Y nosotros intentamos dar este trabajo hecho.

– Su reto.

– Queremos curar el cáncer de mama y mientras hay que seguir investigando y tratando el cáncer de las pacientes, pero también su calidad de vida posterior.