

DOCTORA ANA MARTÍNEZ ES MÉDICO GINECÓLOGO Y OBSTETRA DE LA CLÍNICA ROTGER



“El diagnóstico prenatal en la Clínica Rotger evita al máximo las pruebas más invasivas”

La doctora Ana Martínez es médico ginecólogo y obstetra, “aunque actúo más como obstetra”, miembro del equipo de diagnóstico prenatal de la Clínica Rotger de Palma. Su trabajo consiste en realizar una serie de screenings a los bebés en las semanas inmediatas e intermedias de la gestación, destinados a detectar malformaciones genéticas, anatómicas, infecciones, problemas potenciales en el parto... todo ello basado en las modernas técnicas ecográficas y analíticas, pero siempre desde la perspectiva de evitar al máximo las pruebas invasivas que generan riesgos al bebé.

JUAN RIERA ROCA

P.- ¿Qué enfermedades o problemas se pueden detectar con las técnicas de diagnóstico prenatal que se aplican en la Clínica Rotger de Palma?

R.- Con estas técnicas se busca la detección precoz de casos de alteraciones cromosómicas (como Síndrome de Down),

malformaciones anatómicas y de crecimiento, pero también evitar que el bebé sufra enfermedades como enfermedades infecciosas (VIH, toxoplasmosis, ...) durante la gestación. Y todo ello con procedimientos que se procura que sean mínimamente invasivos para evitar complicaciones y posibles abortos. Es por eso que re-

alizamos técnicas previas que nos permiten evitar realizar la amniocentesis, un procedimiento que lleva asociado un 1% de abortos.

P.- ¿A qué procedimiento se somete pues, una mujer embarazada que llega a los servicios médicos de la Clínica Rotger?

R.- La mujer embarazada se realiza un screening para descartar problemas en el feto. Si llega cuando está aún entre las semanas 11 y 13 se realiza un screening de primer trimestre, en el que se miden tres parámetros que se colocan en una fórmula. El resultado de ese cálculo ofrece un riesgo más alto o más bajo de que el bebé sufra un Síndrome de Down. Con este procedimiento detec-

tamos el 97% de los casos, lo que permite evitar en muchos casos la amniocentesis.

P.- ¿Cuáles son esos parámetros?

R.- En primer lugar, la ecografía de primer trimestre permite medir un pliegue que hay en la nuca del bebé. En esta ecografía también miramos que el feto tenga hueso nasal (su ausencia es riesgo de síndrome de Down). La medida de este pliegue es uno de los elementos que se introduce en la fórmula. Luego se realizan unos análisis de sangre para controlar una serie de hormonas. Estos dos elementos se combinan con la edad de la madre: Medida del pliegue, hormonas y edad, en una fórmula matemática permiten

medir el riesgo, alto o bajo, de que se dé un Down, en un 97%. De ahí se puede pasar a la amniocentesis, pero solo para los casos de que el riesgo sea alto, que son los menos.

P.- Ha dicho que este procedimiento se aplica si la madre llega a los servicios médicos entre las semanas 11 y 13. ¿Cómo se actúa cuando llega más tarde?

R.- Para las mujeres con embarazos de más de 13 semanas se aplica el procedimiento de segundo trimestre. En esos casos, la fórmula que se aplica pone en juego la edad y los resultados hormonales. Este sistema se aplica a las madres que están entre las semanas 15 y 19+6 (que es como denominamos a la semana 19 más seis días).

P.- En el segundo trimestre la ecografía también juega un papel importante...

R.- Efectivamente se hace una ecografía entre la semana 19 y la 22 semana. En ese caso se mira que el estado anatómico del bebé sea correcto, el corazón, los riñones, la estructura cerebral, etcétera. En ese momento es posible buscar un caso de Down u otras anomalías cromosómicas asociando elementos de malformaciones anatómicas al síndrome. En ese caso se realizaría un cariotipo. A partir de la semana 16 se puede realizar una amniocentesis –en caso de que la mujer quiera estar segura –ya que en ese momento hay menos riesgo de lesionar al bebé.

P.- ¿En qué momento se realiza la ecografía en 3D-4D que ofrecen los servicios médicos de la Clínica Rotger?

R.- Siempre realizamos la ecografía en 2D. En el segundo y tercer trimestre, especialmente, se puede completar con la ecografía 3D-4D. Su alta definición permite completar los estudios realizados en 2D y ayudar a confirmar las mal-

formaciones o problemas detectados. Podemos ver con mayor claridad para el profesional y la paciente un labio leporino, una anomalía facial, un problema de estructura cerebral... Hay patología cuyo diagnóstico se realiza cuando el feto va creciendo, en el tercer trimestre, la eco la detecta y se hacen las pruebas oportunas.

P.- Si me permite la broma, la ecografía en 3D sirve para mucho más que para que los papás puedan poner la foto de su futuro hijo como fondo de pantalla del Iphone.

R.- Así es, aunque también es cierto que al bebé se lo ve ya perfectamente. Hay muchos padres y madres que ya se reconocen o dicen a quién se parece. Y sí, te piden permiso para hacerle una foto con el teléfono y llevarse la imagen. La eco en 3D sirve para detectar problemas por nuestra parte, y eso es lo fundamental, pero también para explicárselos a los padres de forma visual, que puedan entenderlo, ya que en 2D hay muchas cosas que solo somos capaces de ver los médicos.

P.- Las pruebas serológicas también son importantes en el diagnóstico prenatal.

R.- Muy importantes. La analítica de la sangre de la madre nos permite detectar a lo largo del embarazo infecciones que pueden afectar al feto (VIH, hepatitis B o C, sífilis, varicela, toxoplasma...). Detectando las presencias de estas infecciones se pueden poner medidas para evitar que alcancen al bebé y si el bebé se infecta administrar tratamiento para evitar al máximo daño al feto.

P.- El itinerario de control de problemas prenatales está, pues, muy bien definido.

R.- Efectivamente. En el primer trimestre se busca detectar especialmente el Síndrome de Down (aunque también otros síndromes, como el de Edwards, u otras anomalías), en el segundo que el estado anatómico sea correcto y en el tercero que el crecimiento sea el adecuado, descartando insuficiencia placentaria. Se realiza un estudio doppler, que controla la sangre que pasa de la madre al bebé por el cordón umbilical y a nivel ce-

rebral fetal. Nosotros, en la Clínica Rotger, también podemos realizar un estudio de las arterias uterinas de la madre, especialmente en 2º-3º trimestre.

P.- ¿Con qué objeto?

R.- El análisis de las arterias uterinas puede predecir si el crecimiento del bebé será adecuado y si se puede ver comprometido, pero también sirve para prevenir el riesgo de preeclampsia, es decir, de un problema de hipertensión en el embarazo.

P.- En resumen, y para que las futuras mamás se hagan a la idea, la mujer llega a la Clínica Rotger y...

R.- En primer lugar se la data, se averigua en qué momento se encuentra el embarazo. Si está en el primer trimestre se realiza la analítica de primer trimestre, con la ecografía. Se mide el pliegue transnucal y se calcula con la edad y con determinados valores hormonales el riesgo de un Síndrome de Down y Edwards, que determinará si es necesario o no realizar una amniocentesis. Si llega pasada la semana 13 se realiza el screening de segun-

do trimestre, midiendo la edad y las hormonas. La ecografía segundo trimestre sirve para determinar el correcto estado anatómico del bebé. En ese segundo trimestre se realiza también la prueba del azúcar, se comprueba el crecimiento, se buscan anomalías morfológicas de desarrollo tardío. Luego vendrán los estudios doppler para comprobar el paso de la sangre de la madre al bebé. Y si se considera necesario, el estudio de las arterias uterinas de la madre para predecir el riesgo de preeclampsia o retrasos de crecimiento.

P.- ¿Los embarazos de gemelos precisan un seguimiento especial?

R.- Así es, especialmente en el caso de que haya una sola placenta, en el que el riesgo es mayor. Ese riesgo deriva de que un bebé se alimente de lo que tendría que llegar al otro, uno crece demasiado y el otro menos y ambos corren peligro de muerte. En esos casos se aplica un tratamiento con láser que separa los vasos compartidos y se evita ese problema. Pero para ello hay que hacer un diagnóstico precoz.

La Clínica Rotger y los hospitales Son Espases y Son Llàtzer colaboran en un estudio pionero sobre el cáncer de pulmón

ÁNGELES FOURNIER

El avance de la medicina personalizada en el ámbito de la oncología acaba de dar un importante paso adelante. En este caso, ha sido frente al cáncer de pulmón y de la mano de un estudio liderado por investigadores de nuestro país que ha contado con la participación de tres centros hospitalarios de Baleares: Clínica Rotger, Son Llàtzer y Son Espases. Además, han tomado parte en proyecto diversos hospitales de Francia e Italia.

El trabajo, denominado EURTAC, fue presentado, recientemente, por parte del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP, con ocasión del Congreso de la Asociación Americana de Oncología Clínica (ASCO), la reunión más relevante de esta especialidad a nivel mundial, celebrada estos pasados días en Chicago. Los especialistas españoles destacaron que una terapia dirigida puede casi duplicar la supervivencia libre de progresión frente a la quimioterapia en aquellos pacientes cuyo tu-



Los doctores Rosell, Rolfo y Bover, durante unas jornadas sobre el cáncer de pulmón desarrolladas en Mallorca

mor presenta una mutación genética específica.

El estudio EURTAC es el primer ensayo fase III en población occidental que compara una terapia dirigida, el fármaco oral Erlotinib, con la quimioterapia en pacientes no tratados previamente y con mutación del gen EGFR. Concretamen-

te, los datos muestran que con Erlotinib los pacientes alcanzan una supervivencia libre de progresión media de 9,7 meses frente a los 5,2 de la quimioterapia y, además, sin los problemas de toxicidad de ésta última. Esto supone que el medicamento dirigido reduce un 63 por ciento el riesgo de que la en-

fermedad avance de nuevo y el paciente empeore.

La disponibilidad en los últimos años de tratamientos que actúan sobre esa diana hacía recomendable una comparación directa con la quimioterapia. Así, el objetivo de partida de este estudio fue determinar en qué medida una

terapia oral, sin la toxicidad asociada a la quimioterapia, permite a los pacientes vivir más tiempo sin que la patología progrese. Las mutaciones del EGFR son más frecuentes en los tumores de pacientes con adenocarcinoma, en mujeres y en no fumadores.

El trabajo de investigación, desarrollado en el Instituto Catalán de Oncología, con sede en Badalona, se inició en febrero de 2007 y no finalizó hasta el pasado mes de enero.

En palabras del doctor Rafael Rosell, presidente del GECP y uno de los coordinadores del proyecto EURTAC, este estudio "ha despertado muchas expectativas, porque el beneficio que aporta la terapia dirigida es claramente superior a la quimioterapia que, hoy en día, todavía se utiliza para cualquier paciente con cáncer de pulmón metastático".

La esperanza de Rosell es que esta investigación "sirva para que las autoridades europeas y estadounidenses aprueben el uso, aún pendiente, de Erlotinib en primer línea para pacientes con mutación del EGFR".