

Marta Valero

► JEFA DE MEDICINA NUCLEAR DE LA CLÍNICA ROTGER

«Logramos localizar entre el 50 y el 60 % de los tumores primarios»

SEBASTIANA CARBONELL

La doctora Marta Valero (Palma, 1976) es la jefa del Servicio de Medicina Nuclear de la Clínica Rotger desde el año 2009. Valero participará en el Simposio que Quirónsalud ha organizado dentro el 36 Congreso de la Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular que se celebra en Palma, desde ayer y hasta mañana viernes, organizado por el Servei de Medicina Nuclear de Son Espases, en el que participan más de 400 profesionales.

¿Qué es la Medicina Nuclear?

—Es diagnosticar por la imagen, tanto en pacientes con patología oncológica como en pacientes con patología muy diversa, reuma, problemas cardíacos, neurológicos. Abarcamos pruebas radiológicas en las que no se usan rayos X sino rayos gamma. Trabajamos con pacientes de todo tipo y de distintas edades. El 90 % de los pacientes que exploramos con el PET-TAC son oncológicos y el 10 % restante neurológicos.

¿Qué es un PET-TAC?

—La tecnología PET-TAC es la prueba más avanzada para la localización exacta de tumores. Descubrir la lesión tumoral primaria causante de una metástasis o de síntomas periféricos del cáncer, permite biopsiar el tumor ori-



La doctora Valero, ayer, en la Clínica Rotger. ■ Foto: JOAN TORRES

«El 90 % de los pacientes que exploramos son oncológicos»

ginario y que el oncólogo pueda optar por un tratamiento específico y personalizado para cada uno de los pacientes.

¿Es cierto que durante varios años la Clínica Rotger hizo todos los PET-TAC de la sanidad pública y de la privada?

—Así es. Hasta que Son Espases también puso en marcha esta técnica en su

Servicio de Medicina Nuclear todo se hacía en la Clínica Rotger. Actualmente somos el único hospital privado de las Islas que realiza estas pruebas.

¿Cuál es la diferencia entre un PET-TAC y un TAC?

—El TAC, que es mucho más conocido por la mayoría de la población, ofrece una información anatómica. Vemos la lesión y la catalogamos. En el PET vemos todo el cuerpo con distintos colores, y se puede detectar una lesión donde todavía no se ve la formación sólida de la lesión. Detecta cambios metabólicos no anatómicos. Una lesión de muy pequeño tamaño que en el TAC pasa desapercibida en el PET si

que la ves porque te la ilumina. Es una información de una lesión que se está produciendo y que el TAC o la resonancia magnética no lo ha podido detectar. Y a veces es un complemento de la información que nos ofrece el TAC.

Entonces, ¿se puede conseguir un diagnóstico más precoz?

—Sí. Muchos de nuestros pacientes son personas previamente diagnosticadas de un tumor de origen desconocido que no ha podido ser localizado con las pruebas convencionales. Los pacientes que presentan estos problemas de diagnóstico son aproximadamente un 1 %. Son pacientes con pronóstico malo y lo que queremos es detectar cuanto antes el tumor primario para poder alargar su supervivencia y calidad de vida.

¿Están muy agobiados los pacientes que acuden a su departamento?

—Sí. La mayoría vienen con mucha ansiedad porque ya han seguido todos los protocolos y saben que no se les ha encontrado el tumor primario que les ha provocado la metástasis. Localizamos entre el 50 y el 60 % de los tumores primarios.

¿Qué van a debatir en el Simposio?

—Vamos a hablar del abordaje multidisciplinar de los tumores de origen desconocido. En el encuentro participamos Federico González, jefe asociado del Servicio de Oncología Médica del Hospital Quirónsalud Madrid, el doctor Miguel Ángel Piris, jefe médico asociado del Servicio de Anatomía Patológica de la Fundación Jiménez Díaz y yo misma.