

CÁNCER DE HUESOS:

Primer trasplante óseo en Instituto Oncológico FALP

Esta cirugía permite conservar la extremidad y sus funciones en gran parte de los casos, evitando una amputación. Una mayor donación de huesos permitiría extender los beneficios de esta compleja técnica a más pacientes, quienes mantendrían su calidad de vida.

Cuando los padres de Felipe Bustos, de 23 años, recibieron la noticia de que su hijo menor tenía cáncer, pensaron en que la quimioterapia era el tratamiento más adecuado para su Condrosarcoma mesenquimal, un tumor a los huesos que afecta por lo general a adultos jóvenes, y que se manifiesta con dolor, aumento de volumen, alteración funcional y eventualmente fractura.

No sabían, sin embargo, que pese a los avances de las drogas oncológicas, hay dos caminos ineludibles para atacar el cáncer óseo: la amputación de la extremidad o el reemplazo del hueso afectado. La opción dependía del compromiso neurovascular y de si existían estructuras cercanas para fijar una prótesis o hueso.

Las imágenes revelaron que era posible preservar la pierna de Felipe con la tibia de un donante y así, el viernes pasado, el Dr. Gabriel García-Huidobro, jefe del equipo de traumatología del Instituto Oncológico FALP, y el Dr. Lorenzo Borzone, llevaron a cabo el primer trasplante óseo realizado en la institución, sumándose así a otros centros de salud que ya han efectuado este tipo de cirugía, entre ellos el hospital Luis Calvo Mackenna y el Instituto Traumatológico.

El trasplante óseo masivo con aloinjerto (de donante cadáver) consiste en sustituir parte del hueso que presenta un tumor, por un hueso de donante cadáver de medidas similares. Este hueso proviene de un banco de huesos, en este caso de Estados Unidos, por la escasez de estas estructuras en los bancos nacionales. Posteriormente se realiza la fijación u osteosíntesis del injerto al huésped con placas, tornillos o clavo endomedular.

La operación se realizó con éxito y el paciente ya fue dado de alta, con indicación de continuar con las sesiones de quimioterapia que se iniciaron unos meses antes, a cargo del oncólogo médico Christian Caglevic, para eliminar las micro-metástasis generadas por el tumor.

"Hace cuatro décadas se amputaba a la mayoría de los pacientes con cáncer óseo. Gracias al avance de las técnicas quirúrgicas y a las terapias sistémicas, hoy es posible extirpar el tumor y reemplazar el hueso que se reseca, ya sea con una prótesis, aloinjertos, que son injertos de donante cadáver, o con aloprótesis, que son aloinjertos más prótesis", indica el doctor García-Huidobro.

Vivian Bello, madre de Felipe, dice que es importante que se conozca que existe la posibilidad de rescatar las extremidades (brazos y piernas) de niños y jóvenes, los más afectados por esta patología. Y que también es importante que existan donantes, ya que hoy día el acceso es restringido a quienes pueden adquirirlos en el extranjero, pues los bancos nacionales guardan injertos o pequeños segmentos con mayor frecuencia que estructuras enteras.

UN CÁNCER SILENCIOSO

A comienzos de 2015, Felipe Bustos solo sintió dolor al caminar. Consultó en



El trasplante óseo permite conservar la extremidad y en gran parte de los casos su funcionalidad, evitando una amputación. No obstante, la escasez de donación en Chile eleva los costos, ya que es necesario adquirir la estructura fuera del país.



Dr. Christian Caglevic, oncólogo médico; Dr. Gabriel García-Huidobro, jefe del equipo de traumatología, y Dr. Lorenzo Borzone, traumatólogo.

¿PRIMARIO O SECUNDARIO?

El cáncer óseo es la presencia de un sarcoma o tumor maligno en el hueso. Los cánceres óseos primarios son aquellos en que el tumor se origina en el hueso, y los secundarios son las metástasis óseas que se localizan en el hueso pero que se originan de un cáncer primario ubicado en otro órgano, generalmente mama, próstata, riñón y pulmón. Los cánceres primarios más frecuentes son el Osteosarcoma, el Sarcoma de Ewing y el Condrosarcoma. Tanto para cánceres óseos primarios como secundarios, el trasplante óseo es una alternativa.

un centro médico y recibió analgesia. Meses después a la molestia se sumó una inflamación, que lo llevó a acudir a un especialista.

Los síntomas de los diferentes tipos de cáncer primario de hueso son muy parecidos, pero a la vez muy inespecíficos, indica el traumatólogo. "Se manifiesta principalmente con dolor, aumento de volumen, impotencia funcional de la extremidad y a veces fractura".

Como lo habitual es que ese dolor sea generado por un golpe y no por un tumor, el doctor García-Huidobro señala que es fundamental el control. "El dolor producido por una contusión se quita entre una semana y 10 días, luego de un correcto tratamiento. Por ello, si el dolor permanece o hay un aumento de volumen que va creciendo, la persona tiene que controlarse". En ese momento se piden otros exámenes que permiten descartar que no tenga una lesión asociada o la presencia de un tumor.

La tercera causa en frecuencia de consulta es la "fractura en hueso patológico". Es decir, el paciente tiene un tumor -nunca hizo caso a los

síntomas recién mencionados- y en un traumatismo, o sin la presencia de este, se quiebra. Al controlarlo, la radiografía muestra una fractura de un hueso previamente enfermo.

En general, no existen factores de riesgo que puedan predisponer al desarrollo de esta enfermedad. Sin embargo, en algunos casos existe predisposición genética.

El diagnóstico se hace en base a cuadro clínico -dolor, aumento de volumen-, imágenes -radiografía, scanner, resonancia magnética, cintigrafía ósea- y biopsia.

Para que la cirugía sea satisfactoria y se pueda decir al paciente, con cierto grado de seguridad, que probablemente ese tumor no volverá a aparecer en ese lugar, es fundamental que la cirugía sea realizada en un centro especialista, con un "margen libre", es decir, que se saque completamente el sarcoma dejando un espacio de tejido sano a su alrededor. Si no existe esa posibilidad, ya sea porque el tumor es muy grande, porque invade los nervios u otras estructuras, se plantean cirugías más agresivas como las amputaciones.

DIETA MEDITERRÁNEA:

Más que una dieta, un estilo de vida

Existen estudios científicos que vinculan la dieta mediterránea con la prevención del cáncer de mama y próstata. Junto a la alimentación, realizar ejercicio todos los días es fundamental.

A pesar de que el origen del término "dieta mediterránea" remite a países como Grecia, Italia, España, Francia, Croacia y Marruecos, existen cinco zonas en el mundo con climas mediterráneos, donde es fácilmente aplicable por la disponibilidad de los alimentos. Y entre ellos se encuentra Chile Central.

Pero, ¿estamos los chilenos consumiendo los alimentos de este patrón alimentario y beneficiando nuestra salud? "Lamentablemente, no. La Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA), realizada por la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud, indica que solo un 5,3% de la población se alimenta de manera saludable, mientras un 86,9% requiere cambios en su dieta y un 7,8% se alimenta "de manera poco saludable".

Esto refleja que casi el 95% de la población debe cambiar su manera de alimentarse", explica Julia Iriando, nutricionista del Instituto Oncológico FALP.

La profesional indica que si bien la dieta mediterránea puede variar en cada región -por los alimentos y patrones culturales-, existe un núcleo fundamental. Se basa en un alto consumo de alimentos de origen vegetal y grasas monoinsaturadas (aceite de oliva) y alto contenido de antioxidantes (como betacarotenos, vitaminas A, E y C) aportados por frutas y verduras. "En cuanto a los aceites, los chilenos tenemos como base de la alimentación el uso de aceite vegetal (maravilla) que al contacto con temperaturas sobre 150° altera su composición química produciendo grasas trans, que tienen efectos nocivos sobre la salud. Por ello,



La dieta se basa en un alto consumo de alimentos de origen vegetal, grasas monoinsaturadas y alto contenido de antioxidantes aportados por frutas y verduras.

es importante preferir preparaciones al vapor y cocinadas sin aceites o bien el aceite de oliva".

Otra de las características de esta dieta

es un bajo consumo de proteína animal (especialmente carnes rojas) y azúcar refinada. "Debiésemos comer carne roja (vacuno, cerdo) no más de una vez por semana y embutidos (jamón, salchicha, hamburguesas) solo en forma ocasional".

Una forma de incorporar los ácidos grasos poliinsaturados (omega 3/omega 6) es a través del consumo de pescados. "Si no existe la posibilidad de contar con pescado fresco, los enlatados en agua, como jurel, atún y salmón, son una buena opción. Es conveniente si lavarlo para quitarle el exceso de sodio".

La dieta mediterránea -concluye la nutricionista- también es rica en hidratos de carbono complejos y fibra, fomentando el consumo de alimentos como arroz integral, pan integral y legumbres. "Las legumbres preparadas con cereales como arroz, fideos o papas son una buena fuente de proteínas siendo equivalente a una porción de carne, con la ventaja de un alto aporte de fibra, vitaminas y minerales y bajo contenido de grasas saturadas. En la actualidad su consumo en Chile es bajo. Se recomiendan al menos dos veces por semana".