



# años

DE LA ONCOLOGÍA  
EN URUGUAY

# Prólogo

Los últimos 50 años han sido trascendentales en la lucha contra el cáncer. La ciencia y la investigación han dado lugar a una mejor comprensión de la biología de la enfermedad y se ha logrado desarrollar medicamentos que junto al diagnóstico temprano, las imágenes, la cirugía y la radioterapia han producido un mayor impacto en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes. A partir de aquellos albores de la quimioterapia basada en agentes citotóxicos que – solos o combinados- generalmente producían efectos secundarios severos, la búsqueda de la cura del cáncer recorre múltiples rutas de investigación y va dando pasos cortos pero firmes y constantes. Uno de estos pasos lo dan en su primera acción conjunta Roche y Genentech, a principios de los 80's. Juntos desarrollaron la versión recombinante de ciertas proteínas producidas por el sistema inmune en respuesta a agentes invasores externos: los interferones. Sin embargo, Roferon-A y el resto de miembros de esta clase no cumplieron las altas expectativas que la comunidad científica tenía en ellos como drogas versátiles y curativas. Mientras tanto, las investigaciones iniciadas con el Fluoruracil Roche siguieron adelante y rindieron dos nuevos avances, el Furtulon (doxifluridina) y Xeloda (capecitabina), primer derivado del 5-FU por vía oral.

## Un gran avance

Cuando los anticuerpos monoclonales aparecieron por primera vez en los radares de los investigadores del cáncer a mediados de los 80's, Genentech (donde Roche ya era accionista mayoritario) se encontraba en un proceso avanzado de estudio de la viabilidad de la investigación en ese campo. Unos cuantos líderes de opinión de aquella época no creían que los "medicamentos biológicos" tuvieran un rol para cumplir en la lucha contra el cáncer, ya que según ellos, las drogas anticancerígenas tenían que ser necesariamente citotóxicas para ser efectivas. No había lugar en ese razonamiento para agentes biológicos no-tóxicos como los anticuerpos monoclonales. Pero esa visión estaba a punto de cambiar con dos hechos trascendentales. En 1987, Dennis Slamon y Axel Ullrich publicaron en Science un paper revolucionario: "Correlación de la supervivencia y la recaída en el cáncer de mama humano con la amplificación del oncogen Her2/Neu", y en los inicios de los 90's vieron la luz los primeros estudios clínicos de un anticuerpo monoclonal que cambiaría las estadísticas del cáncer de mama, el Herceptin.

Herceptin (Trastuzumab) y Mabthera (Rituximab), fueron los primeros anticuerpos monoclonales de Roche que cambiaron drásticamente los esquemas terapéuticos y demostraron el poder de las terapias biológicas con pruebas contundentes de supervivencia y cura en Cáncer de Mama y Linfoma No-Hodgkin. Al fin del siglo XX, la profundización del conocimiento en la biología de los sistemas permitió concretar la primera terapia no-biológica dirigida contra el receptor específico EGFR en cáncer de pulmón, Tarceva, y otro anticuerpo monoclonal, Avastin (bevacizumab), el primer antiangiogénico contra múltiples tumores.

## Recorriendo los próximos 50 años.

En el corto y mediano plazo, los próximos esfuerzos apuntan a combatir el cáncer en 3 áreas principales: 1) Terapias dirigidas. 2) Anticuerpos monoclonales conjugados. 3) Nuevos sistemas de liberación de anticuerpos monoclonales por vía subcutánea

Investigar también significa buscar soluciones más prácticas, más eficientes, que puedan generar beneficios adicionales para el paciente y para el sistema. Las formulaciones subcutáneas reducirán costos de hospital de día y permitirán al paciente sobrellevar el tratamiento en forma menos agresiva, con mejor tolerancia y adherencia. El equipo de Roche Uruguay está orgulloso de pertenecer al mundo de la Oncología del Uruguay. Estamos convencidos de la necesidad de integrar a los científicos y médicos uruguayos a la plataforma de investigación clínica global, porque es un pilar del desarrollo del conocimiento donde podemos realizar nuestro modesto aporte. No nos limitamos a ser meros proveedores del sistema, sino que generamos ideas, estrategias y modelos, interactuamos con los administradores y autoridades sanitarias para encontrar soluciones al acceso de manera sustentable, dentro de un marco ético transparente. El libro "Los 50 Años de la Oncología en Uruguay" es nuestro homenaje a quienes forjaron la especialidad en Uruguay y a quienes con su diaria actividad participan del esfuerzo constante de ofrecer al paciente una mejor calidad de vida. La publicación también nos brinda la posibilidad de recordar a queridos profesionales que ya no están con nosotros pero que dejaron una huella imborrable en la Oncología de nuestro país.

# Las raíces del “árbol oncológico”

**H**oy el “árbol oncológico” cuenta con más de 120 profesionales médicos formados, de los cuales 104 egresaron mientras el Dr. Musé estuvo al frente de la Cátedra de Oncología Clínica. El Dr. Ignacio Miguel Musé, joven salteño que llegó a Montevideo a estudiar medicina, de marcada ascendencia libanesa, con fuertes vínculos con la academia científica francesa, es una de las raíces más profundas que dicho árbol tiene. Como homenaje a quien es considerado uno de los “padres” de la oncología en Uruguay Roche publica esta entrevista que refleje el sentir de un médico formador de otros cientos.

**¿Tuvo antecedentes en su familia que inclinaron su vocación hacia la medicina?**

Tres abuelos me marcaron y fueron referentes en mi vida. Eran libaneses, cristianos maronitas, que llegaron a tierras salteñas en Uruguay buscando un mejor horizonte. Cada rama de mis abuelos tuvo 10 hijos y la mitad de ellos fueron profesionales universitarios. Tengo un gran agradecimiento por lo que el Uruguay les dio y que yo recojo.

**¿Mantiene vínculos con sus orígenes familiares?**

Mis abuelos, tuvieron una gran influencia en mi vida aunque sólo los conocí en mi infancia. Ya como persona adulta, en tres oportunidades estuve en el Líbano, visite las casas donde ellos nacieron, nos reunimos con familiares. Percibí muchos rasgos comunes. Fue como recobrar parte de la imagen de mis abuelos. En memoria de cada uno de ellos traje un puñado de la tierra natal para ponerles en el lugar donde ellos descansan en Salto.

**¿Cómo nace su decisión de ser médico?**

Llegué a Montevideo de Salto con la mochila cargada de ilusiones en la medicina, convencido que había mucho para hacer y con una decisión irrevocable de ser médico. Seguramente motivaciones vinculadas a historias personales dolorosas inclinaron mi formación hacia la oncología. En definitiva, la medicina es esencialmente una actitud y una vocación de reparación permanente.



El doctor Musé en el Monte Líbano.

**¿Y con la oncología como nació su vocación?**

Cuando egresé como médico, la Oncología Médica como especialización no se reconocía en Uruguay ni en otros países. Recién en los comienzos de la década de los '70 se introduce en Estados Unidos.

Puntualmente en Montevideo, los centros oncológicos tenían un fuerte componente de radioterapia.

**¿Qué caminos recorrió para acercarse a la oncología?**

Fui ayudante interino de Medicina Preventiva y Social. Trabajé en la Cátedra de Bioquímica. Conformé la vieja generación de Practicantes Internos, que pasaron cinco años por los servicios Hospitalarios. Por aquel entonces hacía más cirugía que medicina y llegué a pensar en ser cirujano. Finalmente me orienté hacia la Medicina Interna y fui Grado 2, Jefe de Clínica.

**¿Qué hechos fortalecieron su convicción por la oncología?**

Existía en Uruguay una fuerte corriente de cooperación con Francia. Profesores referentes como Georges Mathé, y Jean Luis Binet nos permitieron re-



**Llegué a Montevideo de Salto con la mochila cargada de ilusiones en la medicina, convencido que había mucho para hacer y con una decisión irrevocable de ser médico.”**

lacionarnos y convencernos, a quienes estábamos en medicina interna y en bioquímica, que una parte de la Oncología podía desarrollarse no solo desde la física como la Radioterapia, sino desde la biología y la medicina clínica.

#### **¿Los especialistas franceses estaban formados en oncología?**

Los médicos referentes franceses eran fundamentalmente profesionales que tenían una formación predominante en hematología, pero ya comenzaban a tratar tumores sólidos, sobre todo testículo, linfomas, melanomas, como parte de proyectos de investigación clínica. El contacto fue maravilloso.

#### **¿Tuvo otras oportunidades de vincularse a la comunidad científica francesa?**

Me recibí en 1968 y dos años más tarde ejercía el cargo de Jefe de Clínica Médica. Obtuve un post grado en Medicina Interna y logré una beca del gobierno francés. En París estuve un año en contacto con los científicos que ya me habían deslumbrado en Montevideo y pude confirmarla en el Instituto de Cancerología e Inmunogenética y en el Instituto Gustave Roussy.

#### **¿A su regreso a Uruguay logró insertarse en la especialización oncológica?**

A mi retorno completo mi Grado 2 de Medicina Interna donde tuve como profesor y maestro al Dr. Atilio Morquio y busco la forma de proyectarme en la oncología médica, sin abandonar la Medicina Interna donde llegué a ocupar el cargo de Prof. Agregado. Era claro que la disciplina de radioterapia no era lo que más me atraía.

#### **¿Cómo se perfiló hacia la oncología?**

Encontré en la endocrinología la especialización más cercana a la oncología. Allí tuve como profesor al Dr. Alfredo Navarro y llegué a Grado 2. Muchas de las acciones oncológicas médicas se hacen a través de regulaciones y modulaciones hormonales. Ocupé el cargo de Jefe de Clínica en Endocrinología.

#### **¿Hubo otros pasos que le acercaron a la oncología?**

Comencé a vincularme al Departamento de Radioterapia del Hospital de Clínicas que estaba a cargo del Prof. Helmut Kasdorf, un referente en su área. Allí ocupé varios cargos de perfil médico. En el año 1975 Kasdorf logró que se separara la radioterapia de la radiología. Genera entonces un Departamento independiente que denominado de Oncología, mantiene como su componente esencial la Radioterapia. Aún la Oncología Médica no había nacido. Junto al Dr. Alberto Viola y luego a la Dra. Graciela Sabini y otros colegas comenzamos a trabajar en desarrollar esa área.

#### **¿Luego sí se introduce plenamente en la especialización oncológica?**

En el año 1985, luego de finalizada la intervención de la Facultad de Medicina, se aprueba la reestructura del Departamento de Oncología, que lo dividió en dos Servicios. Uno de Radioterapia Oncológica, y otro de Oncología Clínica. Ambas estructuras se llaman a concurso y yo ocupé el grado 5 de Oncología Clínica mientras el Dr. Vázquez, actual Presidente de la República, lo hace en el de Radioterapia Oncológica. Fueron 17 años que estuve al frente de la Cátedra como Profesor de Oncología Médica. En ese período se formaron 104 oncólogos.

#### **¿Asume nuevas responsabilidades en el área oncológica?**

Durante el gobierno del Dr. Tabaré Vázquez fui invitado por a encargarme de la Dirección del Instituto Nacional de Oncología. Fue un período breve pero logramos – junto al Dr. Viola como Subdirector- que se aprobara el ante proyecto de la ampliación del Instituto Nacional de Cáncer, que comprende la incorporación de 100 camas, destinadas al auto cuidado, a actividades de cuidados paliativos y cirugía de día. Asimismo, le propusimos a la presidencia la creación del Programa Nacional de Control de Cáncer (PRONACCAN), el que fue presentado por el Dr. Vázquez en mayo de 2005 en las Jornadas de Oncología del Interior, en Paysandú, ante la presencia de todos los oncólogos del país.

#### **¿Cuál es el objetivo del PRONACCAN?**

No es posible pretender resolver el problema oncológico con acciones individuales sino a través de un enfoque integral, que contemple desde la educación y la promoción de salud hasta los cuidados paliativos, pasando por la prevención, el correcto diagnóstico y tratamiento. El PRONACCAN dispone del Comité Oncológico Nacional como órgano asesor multidisciplinario, integrado por representante de todas las especialidades que intervienen en la problemática del cáncer e instituciones responsables de la asistencia a nivel nacional.

#### **¿Qué avances han logrado?**

Se lograron avances importantes como, por ejemplo, protocolos nacionales, de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de todas localizaciones tumorales, las que fueron aprobadas por la Dirección General de la Salud. Se ha logrado un formulario terapéutico único en cáncer para el sector público y privado. Es decir que el sector público y privado tiene la misma cobertura. Se ha logrado incorporar al Fondo Nacional de Recursos (FNR) medicamentos de alto costo, es decir mejorar el acceso al medicamento. Hemos logrado imponer en el Uruguay la obligatoriedad del Papanicolao y la mamografía en el carné de salud. Son avances muy importantes también en el área de la prevención. En general no se percibe adecuadamente,

pero es muy buena la cobertura asistencial que se ofrece en el Uruguay, particularmente en lo que se refiere a su equidad. Basta con recordar y comparar que, de acuerdo a la información internacional, hay 50 millones de personas en Estados Unidos que no tienen asistencia. No es que no tengan tal o cual droga, sencillamente no tienen cobertura médica.

### ¿Cómo percibe a Uruguay frente a otros países dentro y fuera de la región?

Debemos proteger a la población que esta más expuesta, más desposeída, que no tiene alternativas de financiar medicamentos muy efectivos y de alto costo, así como nuevos exámenes complementarios de alto impacto. Se va a seguir progresando, por los propios avances de la medicina y el desafío es ir incorporándolos razonable y equitativamente.

### ¿Hay diferencias de acceso al medicamento entre el sector público y el privado?

Hoy por hoy en el sector público de Uruguay la cobertura asistencial en oncología no tiene diferencia significativa con respecto a la que se logra en el sector privado. Se asegura el acceso a los fármacos a los pacientes de ASSE y del Hospital Universitario. Son las mismas drogas para todos los pacientes, porque el formulario terapéutico es igual tanto para el paciente público como para el privado. Incluso antes de la regulación era mejor el Vademécum público que el privado. La nueva normativa obligó al sector privado a mejorar la cobertura. Se están haciendo muchas cosas y hay que mejorar otras, no cabe dudas. Todo lo que se ha hecho en el tema tabaco es fantástico y la respuesta de la población ante el decreto que prohíbe fumar en lugares públicos es excelente y alentadora. En hotelería si hay diferencias.

### ¿En cáncer estamos yendo hacia una enfermedad crónica?

El cáncer se cura en un alto porcentaje. Tanto más y con menos pérdidas cuanto más precozmente se hace el diagnóstico. La tasa de curabilidad en pacientes de cáncer ha ido creciendo progresivamente y la cifra global en adultos anda alrededor del 55% y alcanza un 75% en los tumores pediátricos. Cuando un enfermo oncológico no se puede curar tenemos tratamiento que prolongan la vida significativamente y con buena calidad. Finalmente, los pacientes que inevitablemente se van a morir son contenidos por excelentes estructuras de cuidados paliativos. Creo que todo el sistema es y debe ser mejorado, pero es claro que vamos avanzando.

### Si no fuera médico, ¿qué otra actividad le apasiona?

Las imágenes me fascinan, la fotografía. Fotos de viajes, de familia, de Salto, de la gente en general, de la naturaleza, arquitectura, urbanismo. En fin, si en la mochila que traje a Montevideo de joven no hubiera cargado la ilusión por la medicina la habría ocupado con una buena máquina de fotos.



***Si no hubiera cargado la ilusión por la medicina la habría ocupado con una buena máquina de fotos.”***

PROFESORA DRA. GRACIELA SABINI

## “El cáncer es una enfermedad crónica”

**L**a Dra. Sabini, Profesora de Oncología Médica, afirma que “la enfermedad cáncer se percibe como sinónimo de muerte, de sufrimiento. Esto es un error. El cáncer se ha transformado en una enfermedad crónica. Si bien a veces el cáncer no se cura, sí se logra sobre vida de años”.

### ¿Qué grado de incidencia tiene el cáncer en la población uruguaya?

Uruguay es uno de los países del mundo con tasa de mortalidad por cáncer más altas. Si se hace un ranking nuestro país siempre está entre los primeros lugares de mortalidad ubicándose entre el 8º y 12avo lugar según el año que se tome.

### ¿Qué explicación encuentra para ello?

Hay una explicación epidemiológica. El factor de riesgo más importante de cáncer es envejecer. Desde los 40 años en adelante la probabilidad de cáncer aumenta con la edad y se hace mayor cuanto más viejo es el individuo. Por lo tanto aquellos países con poblaciones envejecidas o con alto porcentaje de personas adultos mayores tienen alta mortalidad de cáncer. Este es el caso de Uruguay. Tenemos un perfil epidemiológico muy parecido al de los países desarrollados con la desventaja que no somos un país rico. Por lo tanto las armas que se tiene para luchar contra eso no son tan buenas.

### ¿Cuáles han sido los principales avances de Uruguay en la lucha contra el cáncer?

Uruguay tiene una larga trayectoria en la lucha contra el cáncer. Desde principio del siglo pasado existe la cirugía oncológica. Hubo grandes profesores de clínica médica como el profesor Ferrari, entre otros, que se dedicaron al cáncer. En la década del '70 el profesor Kasdorf, quien era radioterapeuta, creó el departamento de oncología con una fuerte inclinación radioterápica. Hubo un avance y la oncología tomó forma propia.

### ¿Se generó la especialidad de oncología médica?

Desde el año 1953 existe la especialidad de radioterapia pero la de onco-



Doctores Sabini, Delgado y Musé. Tres nombres íntimamente ligados al desarrollo de la oncología en Uruguay.

logía médica recién se conformó a mediados de los años '80 cuando Uruguay retornó al sistema democrático. Desde el año 1985 en adelante se dio el gran impulso de la oncología. Se reestructuró el departamento de oncología de la Facultad de Medicina en dos cátedras: una de radioterapia ocupada por el Dr. Tabaré Vázquez y la de oncología médica cuyo primer profesor fue el Dr. Ignacio Musé. Al crearse el post grado de oncología médica se sembró el país de oncólogos. Desde 1985 al día de hoy se especializaron más de 120 oncólogos. En el presente en casi todos los departamentos de Uruguay hay oncólogos. Al haber un especialista, la enfermedad se trata mejor con una visión integral de la misma y no parcial.

### ¿Qué otros factores acompañaron los avances en la lucha contra el cáncer?

Se ha progresado muchísimo desde el punto de vista de la formación de recursos humanos no sólo de los médicos oncólogos, sino del equipo de salud que configura la atención oncológica. En la atención oncológica intervienen otros especialistas: enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, en fin un equipo médico. En algunos casos se llega a una etapa que se piensa que no hay más nada para hacer. Esa no es la realidad. Siempre hay algo para hacer. Es en esos momentos que participa la entidad denominada Curados Paliativos, que atiende al enfermo oncológico más allá de los tratamientos específicos. Están adiestrados y capacitados para tratar al enfermo terminal y su entorno. Esto ha sido un cambio fundamental que se generó en los últimos 10 a 15 años.

### ¿Estos avances que se ha dado en Uruguay cómo lo posicionan frente a otros países en la lucha contra el cáncer?

En términos generales siempre existe un factor en el cual la atención en



**Desde el año 1953 existe la especialidad de radioterapia pero la de oncología médica recién se conformó a mediados de los años '80 cuando Uruguay retornó al sistema democrático."**

el exterior, por ejemplo, en centros especializados americanos o europeos, es mejor por un motivo de frecuencia. Es decir tumores raros, de presentaciones inusuales, donde no se llega a diagnósticos, es mejor acudir al exterior que por un tema de centralización tienen más experiencia. Pero frente al grueso de los tumores, en Uruguay existe una infraestructura capaz de llevar adelante todos los tratamientos que sean necesarios. Incluso, algunas patologías han avanzado a impulso de las unidades llamadas Comités de Tumores o Unidades Especializadas. Por ejemplo, tumores de mama o unidades de mastología. Estos Comités permiten que los casos se discutan en conjunto y se decida una estrategia de tratamiento global. Estamos hablando de la organización de la asistencia. Es un avance y los tenemos sobre todo en algunas patologías, como por ejemplo en la de tumores óseos, de neuro oncología, de mama y digestiva. Otro elemento fundamental en la lucha contra el cáncer en Uruguay ha sido la creación en el 2005 del Programa Nacional de Control de Cáncer que permiten coordinar los esfuerzos que hay en la lucha contra la enfermedad. La coordinación de las acciones y la puesta a punto de objetivos específicos a través de un Plan Nacional mejoran notablemente la atención oncológica.

#### **En cuanto al acceso a la medicación. ¿Cómo se ubica Uruguay?**

Últimamente ha habido medicaciones de bastante alto costo que son difíciles de solventar de forma particular o personal por los pacientes e incluso por las propias instituciones. Se crean conflictos bastantes desagradables entre la gente que exige y quiere tratarse y los médicos que no podemos recetar porque sabemos el costo que tienen los medicamentos. Se comenzó a intentar dar solución al tema. A través de la Cátedra de Oncología del Programa Nacional de Control de Cáncer se generó una protocolización estricta para determinados casos específicos donde el Estado, a través del Fondo Nacional de Recursos, se haría cargo de esos medicamentos. Existe un gran problema que se está tratando de solucionar a través de esta medida. Obviamente hay que tener mucho cuidado, son medicaciones muy caras. Pero la realidad es la realidad. Las medicaciones existen y algunas de ellas son muy buenas con muy buena eficacia, con muy buenos resultados sobre todo en lo que llamamos adyuvancia, que son los tratamientos preventivos de la recaída de la enfermedad.

#### **¿Esa brecha entre el paciente y el acceso al medicamento tiende a solucionarse?**

El presidente Vázquez es oncólogo por lo tanto conoce el problema y es sensible al mismo. Se está tratando de solucionar. Pero este problema para un país no rico como Uruguay de la medicación cara es también un

motivo de preocupación de los países ricos. Ellos también tienen la problemática de la medicación cara y también ajustan. Por ejemplo, en Estados Unidos la FDA tiene aceptadas estos medicamentos pero esto no significa que los seguros la paguen. Muchos seguros tienen cláusulas especiales en relación a estas medicaciones. Es decir que el problema es mundial y no solo de Uruguay.

#### **¿En materia de prevención se han dado grandes pasos?**

Hubo avances en tratar de que la enfermedad no se produzca o si se produce detectarla en etapas tempranas donde hay una probabilidad de curación mayor. Hay que poner énfasis en las medidas de prevención del cáncer que son medidas a veces para los gobiernos bastante difíciles de tomar. Primero porque son pocos visibles. Porque la prevención no es para los datos del mañana. Son resultados que se visualizan dentro de 10 años. El presidente que ponga en marcha un plan de prevención no va a ver los resultados durante su gobierno. A la gente le gusta más las cosas que lucen como inaugurar, por ejemplo, Centros de Cuidados Intensivos. La prevención se compone de medidas caras porque abarcan a toda la población y deben ser continuas. Si se hace una prevención de cuello uterino, con una instalación de papanicolao a una población femenina y no lo mantiene en el tiempo no logra resultados. Las intervenciones poblacionales mantenidas en el tiempo son caras.

#### **¿Los avances contra el cáncer son visualizados por la población en general?**

El cáncer tiene entre la población, dentro del cual estamos incluidos los médicos, una especie de mito- tabú. La enfermedad cáncer se percibe como sinónimo de muerte, de sufrimiento. Está la idea de que para qué vamos a gastar en cáncer si igual se mueren. Es un error. Con ese criterio no tendría que gastarse en pacientes con diabetes porque no se curan para siempre, tampoco en enfermos cardiovasculares, o en asmáticos. Hay que considerar que existen altas probabilidades de curación de cáncer y lo más importante es que todos los tratamientos, aún en los enfermos diseminados, tienden a prolongar la sobrevivencia. Si bien a veces no se curan si se logran sobre vidas de años. El cáncer se ha transformado en una enfermedad crónica.

#### **¿Es notorio que hubo avances?**

A partir del año 2000 las curvas de mortalidad de cáncer de mama han comenzado a bajar en Uruguay. Esto tiene dos explicaciones. Una son los mejores tratamientos y la otra es la detección más temprana de la enfermedad. Así sabemos que mientras el cáncer de mama ha tenido un descenso en la mortalidad de las mujeres el cáncer de pulmón crece en su incidencia dentro de la población femenina.

## “Hay una oportunidad de ser centro regional de ensayos clínicos”

**E**l profesor Guillermo Dighiero remarcó que “posiblemente América sea la región a la que se trasladarán los ensayos clínicos de los grandes laboratorios. Es una oportunidad que Uruguay no debe desaprovechar”. Dighiero, quien fue uno de los grandes responsables que el Instituto Pasteur esté presente en Montevideo, advierte que hay aspectos burocráticos a mejorar para no perder oportunidades.

### ¿Uruguay está preparado para hacer ensayos clínicos?

Opino que sí. Por ejemplo, en el Hospital Maciel hay un Centro de Ensayos Clínicos. Las regulaciones en los países del primer mundo son tan difíciles, tan exigentes, que la mayoría de las compañías están trasladando los ensayos clínicos hacia países del este europeo. Probablemente, América será la segunda región a la que se trasladarán. Es una oportunidad que Uruguay no debe desaprovechar.

### Y para no desaprovechar esa oportunidad, ¿qué hay que corregir?

Por ejemplo, se necesita crear un sistema eficiente de análisis. En la actualidad se ofrecieron al país ensayos clínicos, pero el lapso de respuesta de nuestras autoridades es muy largo, porque muchas veces se obtiene el reporte a los 18 o 24 meses de realizada la presentación. Es un período en el que quedamos afuera y lo peor es que nadie nos considerará si no somos capaces de dar una respuesta más rápida. Quiero aclarar que no se trata de mala voluntad, sino que responde a que carecemos de un sistema de respuesta bien organizado.

### A su juicio, para corregir este déficit ¿qué mecanismo debería instaurarse?

Por ejemplo, que el Ministerio de Salud Pública cuente con consultores



Prof. Guillermo Dighiero.

especializados, a quienes se les someta el proyecto. Incluso, creo que esa consultoría la debería pagar el laboratorio que presenta el proyecto. A ese consultor contratado se le puede exigir una respuesta en 15 días.

### ¿Hay otra condición que Uruguay debería cumplir para posicionarse como un modelo de referencia en ensayos clínicos?

Otra condición indispensable es contar con la estructura de centros de investigación clínica.

### Vamos más allá de nuestras fronteras: ¿Uruguay puede proyectarse como un centro regional de investigación clínica?

Tenemos posibilidades, porque Uruguay cuenta con muy buenos médicos, muy bien formados, gente que es competente para llevar adelante estos ensayos clínicos. Eso sí, debemos de dotarle de la infraestructura para que puedan desarrollar sus trabajos de forma profesional. Tiene que ser un centro cuyos estudios puedan ser aprobados en Europa y Estados Unidos, ya que de lo contrario no tendría sentido porque ninguna empresa farmacéutica estará dispuesta a financiar un estudio que después no cumplirá con las especificaciones regulatorias para que sea validado.



**Uruguay cuenta con muy buenos médicos, muy bien formados, gente que es competente para llevar adelante estos ensayos clínicos.”**

DRA. MARTHA NESE

## “Un alto porcentaje de linfomas tienen cura”

**D**e pequeña Martha Nese proyectaba su futuro en la arquitectura pero construyó su carrera profesional en la medicina donde integró un grupo de profesionales médicos que dieron impulso en Uruguay a la hematología y fueron fundadores de la Cátedra en el país. Nese participó del equipo que realizó los primeros trasplantes de médula ósea en Uruguay. Vivenció como la tecnología incidió notablemente en la evolución favorable de las enfermedades. “La incorporación de los anticuerpos monoclonales fue un paso muy importante. Cada vez más los tratamientos son a medida y más efectivos, menos tóxicos porque están ajustados a lo que los pacientes necesitan”, remarcó Nese.

“Antes del 70 en nuestro país los pacientes con leucemia aguda fallecían en pocos días. Hoy más de la mitad de los adultos pueden curarse. Un alto porcentaje de pacientes con linfoma tratados adecuadamente y en estadio temprano también pueden ser curados. Tenemos la medicación adecuada para poder hacer tratamientos protocolizados muy similares a los que se hacen en el resto del mundo”, remarcó la profesora Nese quien ve en su hija Laura, hematóloga, la continuidad en la familia de una profesión que la apasiona.

**¿Cuáles han sido los grandes pasos en el desarrollo de la hematología en Uruguay?**

En 1972 se fundó la Sociedad de Hematología del Uruguay, el primer presidente fue el Prof. Diamante Bennati. En 1973 se creó la Unidad de tratamiento de leucemias agudas y linfomas malignos (UTLALM) y el primer banco de citostáticos, por un convenio Franco- Uruguayo impulsado por el Dr. G Dighiero y el Prof. JL Binet. En ella participábamos delegados de todas las clínicas médicas y pediátricas de la Facultad de Medicina y el Depto. de Radioterapia dirigido por el Prof. H Kasdorf. Con la UTLALM se iniciaron los primeros tratamientos quimioterápicos protocolizados y los primeros estudios cooperativos interclínicos. Fue sin duda uno de los acontecimientos que impulsó años más tarde la creación de la Cátedra de Hematología. En 1980 se crea la Cátedra y el Curso de Hematología de la



La doctora Martha Nese junto a su hija Laura.

Escuela de Graduados a raíz de un proyecto presentado a la Facultad de Medicina por el Prof. Roberto De Bellis, en cuya elaboración participamos junto con el Prof. Carlos Ghiggino.

**¿Qué hechos impulsaron la creación de la especialidad?**

Antes del 80 la hematología no existía como especialidad independiente, estaba integrada a la clínica médica y al laboratorio. Por impulso de algunos profesores, entre los que se destacan los Profes. Manlio Ferrari y Nelly Temesio, un conjunto de jóvenes médicos fueron a formarse en los últimos avances de hematología en París. Los Profes. De Bellis y Dighiero fueron los primeros en viajar a Francia, en la década del 70. En lo personal, me formé en el Servicio del Prof. Jean Bernard en el Hospital Saint Louis de París. Allí me capacité en clínica y en laboratorio, entrenándome en la determinación de hemoglobinas y enzimas del glóbulo rojo, técnicas que en ese entonces no se realizaban en el país. Pude ver los primeros trasplantes de médula ósea con el equipo de la Dra. E Gluckman. La formación en citología la realicé en el Servicio del Prof. J L Binet, en el Hospital Pitié-Salpêtrière a donde concurría invitada por Dr. Guillermo Dighiero que en ese entonces, ya se encontraba radicado en Francia y era Prof. Agregado del Servicio de Hematología del Prof. Binet. Otros colegas en la misma época



La incidencia del linfoma ha aumentado en el mundo, al igual que el cáncer de pulmón en la mujer.”



**El Fondo Nacional de Recursos tuvo un papel muy importante en los avances que se dieron en hematología.”**

también realizaron su formación en Francia, la Dra. Susana Luciani, el Dr. Enrique Bódega, la Dra. Ana María Otero y el Dr. Jorge Di Landro. Se fue formando un núcleo de médicos que dieron un nuevo enfoque a la especialidad, integrando el laboratorio a la clínica, la citología era considerada como parte de la semiología del paciente hematológico. En mayo de 1980 se inició el curso de Hematología de la Escuela de Graduados. En octubre de ese mismo año se fundó la Cátedra de Hematología. El grupo de dirección estaba integrado por el Prof. Roberto De Bellis y las Profes. Agregadas Ana María Otero y Martha Nese.

#### **¿Cómo evolucionó la especialidad?**

Con el correr de los años se fue consolidando la especialidad con la formación de una Escuela Hematológica reconocida a nivel nacional e internacional. Se desarrolló la hematología y la hemato-oncología en todos sus aspectos, se fueron incorporando nuevos conocimientos en las diferentes áreas, destacándose los acontecidos en el campo de la citogenética y la biología molecular, así como en la terapéutica. La Sociedad Uruguaya de Hematología continuó fortaleciéndose, en 1985 se realizó el primer congreso. En 1990 publicamos la primera revista de la Sociedad. En el 2007 se realizó por primera vez en Uruguay un congreso mundial de la especialidad. El XXXI Congreso de la Sociedad Internacional de Hematología “ISH 07” que tuve el honor de presidir. Hoy contamos con numerosas generaciones de hematólogos graduados en Uruguay, que desarrollan su labor asistencial en todo el país.

#### **¿Qué otros hitos marcaron el crecimiento de la especialidad?**

Otro avance importante fue la introducción de los trasplantes de médula ósea en 1985. El primer equipo de trasplante, presidido por el Prof. Roberto De Bellis, funcionó durante 10 años en el Hospital Británico, integramos ese equipo junto a Jorge Di Landro, Andrés Miller y Ada Carneiro. El equipo Uruguayo fue pionero en la región. Sólo existía hasta ese momento un equipo de trasplante en la ciudad de Curitiba Brasil, presidido por el Dr. Ricardo Pasquini. En el año 1995 el Ministerio de Salud Pública (MSP) reconoce al trasplante como un procedimiento efectivo y potencialmente curativo en una amplia gama de afecciones hematológicas y entra en la cobertura del Fondo Nacional de Recursos (FNR). El MSP autorizó la creación de cuatro centros: Hospital Británico dirigido por De Bellis; Hospital Maciel por Enrique Bódega; IMPASA/SMI por nosotros y Asociación Española por L Castillo y Lem Martínez. En el 2004 elaboramos el proyecto de Diplomatura en Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, aprobado por la Escuela de Graduados y la Facultad de Medicina en el 2006. En el 2008 se otorga el título a 32 hematólogos.

#### **¿Cómo incide la tecnología en los avances que ha logrado la Hematología?**

Ha sido fundamental tanto en la esfera diagnóstica como terapéutica. Como ya lo relaté, antes de la década del 70 un paciente que tenía una leucemia aguda y que ingresaba al Hospital de Clínicas fallecía en promedio en 46 días. En la actualidad aproximadamente la mitad de los adultos pueden curarse, siendo mucho mayor el porcentaje de curación en los niños. Para alcanzar estos logros han sido fundamentales los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los avances en el campo de la citogenética, la biología molecular, los estudios por citometría de flujo entre otros, han permitido mejorar la identificación de las diferentes patologías y reconocer un conjunto de factores pronósticos que influyen en su evolución. Esto ha permitido adaptar los tratamientos al riesgo de cada paciente. Se actúa con terapéuticas más efectivas dirigidas a blancos específicos. Surgieron nuevos agentes, como los anticuerpos monoclonales, que son drogas que actúan específicamente sobre determinados antígenos celulares. De esta forma los tratamientos son muchos más efectivos y causan un menor daño a las células normales. En definitiva la incorporación de los anticuerpos monoclonales es un paso muy importante desde el punto de vista tecnológico. Los tratamientos son a medida, más efectivos y menos tóxicos porque están ajustados a lo que los pacientes necesitan

#### **¿La población uruguaya tiene acceso a ese tipo de medicamentos?**

El Fondo Nacional de Recursos tuvo un papel muy importante en los avances que se dieron en hematología. La inclusión de los trasplantes, posibilitó que toda la población tuviera la opción de acceder a esta técnica. En los últimos años el FNR incluyó en su prestación nuevas opciones, posibilitando el empleo de inhibidores de la tirosin-quinasa del tipo del Imatinib en la LMC y de anticuerpos monoclonales en los linfomas. Así en pacientes con linfoma no Hodgkin B, CD 20 positivos sean foliculares o difusos, el FNR cubre el tratamiento con Rituximab. Todos estos tratamientos están protocolizados y controlados por el FNR.

#### **Usted habló de avances en leucemia ¿en linfoma también lo hubo?**

Los resultados de los tratamientos con anticuerpos monoclonales asociados con la quimioterapia han aumentado notoriamente el porcentaje de curaciones en los LNH B, en particular en los linfomas de alto grado. Los porcentajes de éxitos terapéuticos están vinculados fundamentalmente con el tipo de linfoma, sus índices pronósticos y el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico. Las mejores evoluciones se obtienen cuanto se diagnostica la enfermedad precozmente y se inicia un tratamiento efectivo de acuerdo a los protocolos consensuados a nivel nacional e internacional. En ocasiones es nece



## EL SUEÑO DE LA ARQUITECTURA

“De pequeña pensaba hacer arquitectura”, afirma Martha Nese al ser consultada que le motivó a seguir la carrera de medicina. “No tenía antecedentes de médicos en la familia, sólo mi hermana mayor había elegido ese camino y tal vez, sin darme cuenta, eso influyó. Fue una decisión acertada, me encanta. Lo hago con vocación y me lleno de satisfacción cuando los pacientes marchan bien”.

Hoy la profesora Martha Nese está retirada de la Facultad de Medicina pero dejó su herencia. Tiene cuatro hijos Enrique, Laura, Pablo y Alejandro, la única mujer siguió su camino y es hematóloga. “Ahora puedo dedicarle tiempo a la pintura. Es mi hobby”, enfatizó.

sario combinar distintas técnicas para lograr los mejores resultados.

### **El linfoma es una enfermedad poco conocida en nuestro medio. ¿Tiene una fuerte incidencia en Uruguay?**

La incidencia del linfoma ha aumentado en el mundo, al igual que el cáncer de pulmón en la mujer y los tumores de piel. Por eso la detección precoz del linfoma y los tratamientos específicos son muy importantes. Le reitero que los pacientes tratados adecuadamente y en estadio temprano, en un porcentaje muy alto de casos, pueden ser curados.

### **¿En qué otras áreas es posible avanzar en la lucha contra el linfoma?**

Es importante el avance en los estudios imagenológicos. Durante años se contó únicamente con la radiología convencional. Luego apareció la tomografía computada, más adelante los estudios de resonancia magnética. Ahora surge una nueva tecnología que es el PET Scan (se basa en tomografía con emisión de positrones) que permite evaluar más exhaustivamente la respuesta al tratamiento de determinados tumores, detectando la persistencia o no de actividad. De esta manera el clínico puede tomar la opción terapéutica más apropiada.

### **Comparativamente cómo está Uruguay con relación a la región en el acceso a los últimos medicamentos.**

Tenemos la medicación adecuada para poder hacer tratamientos protocolizados muy similares a los que se hacen en el resto del mundo y con sus mismos resultados.



La doctora Martha Nese junto al comité organizador del "ISH 2007".

## “Debemos unificar y jerarquizar el resultado de la mastología”

**E**l doctor Bernardo Aizen sintió desde niño el llamado de la vocación. Pronto sintió que dedicaría su vida a la Medicina, su mayor pasión. Con el paso del tiempo se volcó a la cirugía por ser, además de los antibióticos, “la única rama curativa de la medicina”. Considera que sería importante contar en Uruguay con un posgrado de mastología, “una especialidad necesaria en un país con una altísima incidencia de cáncer de mama”.

### ¿Cuándo se dio cuenta que ser médico era su vocación?

Hay una anécdota de familia que refleja mi inquietud desde niño hacia la medicina. Un día mi madre entra a casa y encontró que yo tenía a un perro arriba de una tabla y que -con una cuchilla de cocina- quería abrirle el cuerpo. “Bernardito qué estás haciendo”, preguntó sorprendida mi madre. “Quiero ver que tiene adentro”, respondí con naturalidad. Una vez que tomé contacto con la medicina real, mi pasión se despertó con mayor fuerza. En mis prácticas de estudiante, cuando entraba a la sala de operaciones, el olor a éter y el escenario quirúrgico me conmovían.

### ¿Y en particular la cirugía?

La cirugía es la única rama curativa de la medicina, salvo los antibióticos. Si una persona tiene una insuficiencia cardíaca, o una EPOC, la tarea es compensarlo. Por el contrario, una aneurisma de aorta o una coartación de aorta pueden curarse con cirugía. La cirugía es efectiva y expeditiva.

### ¿Su pasión por la oncología cuándo la descubrió?

En una etapa más madura de mi vida. En 1989 estuve un año en la UCLA



El Dr. Aizen en una de las jornadas de prevención del cáncer de mama que año a año promueve.

por una beca Fullbright y empecé a tener cierta predilección por la cirugía oncológica. Al principio me incliné por la cirugía hepática, luego por la colo-rectal y más tarde de mama. La cirugía oncológica tiene mucho de técnica- resultado. Si uno reseca un neoplasma gástrico y aplica una técnica depurada y oncológica el paciente tiene menos chance de recidiva.

### ¿Existe en Uruguay la especialidad de cirugía-oncológica?

Existe en la región y en varios países del mundo pero no en Uruguay.

### Dentro de la mastología usted ocupó cargos directivos. ¿No intentó generar la especialidad?

Hace años fui presidente de la Sociedad Uruguaya de Mastología. En contacto con la Escuela de Graduados intentamos crear un post grado en Mastología pero no fue posible. El único reconocimiento que desarrollamos para quien toma la opción de la mastología es un certificado (que no es un título) de “dominio en el arte y la ciencia de la mastología”, que expedimos en aquel período. Por otra parte, existe un master en mastología de una universidad privada

### **¿Es muy lejana la posibilidad de que en Uruguay haya un post grado en mastología?**

No creo que la Universidad de la República tenga intenciones de hacer un post grado de mastología. Insisto, un post grado de mastología sería importante. La mastología es una especialidad necesaria en un país con una altísima incidencia de cáncer de mama. Uniformizar, protocolizar y enseñar la ciencia y el arte de la mastología sería muy positivo.

### **¿A qué se refiere con uniformizar?**

Puede entenderse como conflictivo pero a mi entender la mastología no es igual para todos. Los pacientes reciben tratamiento pero no con el mismo técnico quirúrgico, con el mismo equipamiento radioterápico y con la misma droga. Esta realidad sin dudas cambia el resultado. Si realmente vamos a unificar y jerarquizar el resultado de la mastología tenemos que buscar la forma de que los médicos tengan el máximo conocimiento de la especialidad, el equipamiento necesario a su disposición y los fármacos que corresponden para que el tratamiento sea realmente de la efectividad que se desprende de la literatura internacional.

### **¿Qué otras cosas considera que quedan por hacer?**

Es necesario es realizar un consenso nacional de tratamiento de cáncer de mama, tarea que ha realizado la oncología pero no con la participación de todos los actores. También impulsar una verdadera campaña de tamizaje, de diagnóstico secundario de cáncer, de carácter universal, gratuito y obligatorio. Este país es pequeño, con una población no muy numerosa y no puede ser que todavía subsistan dificultades para acceder a un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. Siempre pregoné por un diagnóstico realizado por un equipo calificado, el mismo día y en un solo lugar. Para eso se debe contar con un equipo médico calificado y metodología de trabajo. Las unidades móviles que recorren el país deberían tener incorporado un mastólogo de cierta experiencia, un radiólogo y un citólogo. En una hora y en el 85% de los casos se le puede decir a la persona si tiene o no tiene cáncer. El otro 15 % se derivaría a estudios adicionales.

### **¿Qué avances puede destacar en la cirugía dentro de la mastología?**

Sin dudas hubo grandes avances en los tratamientos y en la cirugía. Durante una beca del American College aprendí la importancia de la técnica ganglio centinela en el manejo de la colonización axilar en el cáncer de mama. En realidad, no fue fácil que se aprobara la idea del ganglio centinela. La misma determinó una fuerte resistencia de importantes personalidades de la mastología. Igualmente, la localización de lesiones ocultas por técnicas centellográficas(ROLL,SNOLL) fueran incorporaciones que considero importantes. Asimismo, aprendí el valor de la biopsia

percutánea asistida por vacío o no, la que se aplicaba poco en Uruguay y también determinó largas discusiones científicas. Creo que Uruguay es un país muy conservador que incorpora lentamente los avances. Las primeras reconstrucciones inmediatas con preservación cutánea y colgajos miocutáneos(TRAM), en una serie importante, las hicimos en el Hospital Militar. Nuestro equipo navegaba en solitario por ese camino que hoy es indiscutible. La cirugía oncológica es indispensable en la cirugía mamaria actual. La estamos haciendo hace un tiempo en el nuestro grupo pero creo que en Uruguay no se ha difundido aún lo suficiente.

### **En la forma de trabajo ¿se avanzó?**

Una de las cosas buenas que aprendí con el tiempo es a trabajar en equipo. Los ateneos con radiólogos, patólogos, oncólogos, cirujanos, ginecólogos permiten decidir cuál es la mejor solución para cada paciente. Esto determina mejores resultados pero sobre todo aprendizaje y formación de los jóvenes y los no tan jóvenes. Si uno tiene un equipo multidisciplinario no hay duda que la decisión va a ser la mejor. Yo soy cirujano- cirujano. De la rehabilitación aprendí con el equipo. La metodología determina que luego del diagnóstico que uno transmite al paciente, se le brinda apoyo inmediato donde participa un psicólogo, un integrante del grupo de auto ayuda, un fisiatra y la nurse. Definitivamente, el equipo multidisciplinario fue una de los grandes avances en una disciplina tan amplia como es la mastología.

### **En lo que se refiere a cáncer de mama: ¿Se puede hablar de cura?**

Hasta el momento no se han juntado las curvas de supervivencia de una persona que tiene cáncer y la que no tiene. Pero un paciente con una lesión tumoral temprana tratada correctamente va a vivir lo mismo que si no hubiera tenido esa lesión. Creo que el cáncer de mama tratado en forma temprana se cura, aunque por supuesto, no en todos los casos.

Soy cirujano pero estoy asombrado de los avances de la industria farmacéutica en el tratamiento del cáncer de mama. El bloqueo HER, los modificadores de la angiogénesis son realmente tratamientos maravillosos que cambian el curso evolutivo de la afección. Por ahí también va la curación.

### **¿Hasta dónde los factores externos inciden en el cáncer de mama?**

Creemos que hay un 30% de factores externos que pueden ser modificados y mejorar la prevención primaria. La obesidad, el sobrepeso la falta de ejercicio, están demostrado que aumenta el riesgo de cáncer de mama. En muchos centros de estudio en Estados Unidos la primera actividad matinal de las alumnas es salir a correr. El ejercicio está demostrado que además del cáncer de mama, disminuye la incidencia de una cantidad de enfermedades.



***Es importante que Uruguay tenga un post grado de mastología, pero no creo que la Universidad de la República tenga intenciones de llevarlo a cabo.”***

### **¿Se ha logrado avanzar en detectar la enfermedad en forma temprana?**

En este momento, más del 50 % de los tumores mamarios se diagnostican en estadios O-I-II. Sin embargo, más de la mitad de la población no sigue el control para diagnóstico temprano y todavía recibimos enfermos que tienen cáncer de mama en etapa avanzada. Creo que debemos apostar a una verdadera campaña nacional de prevención secundaria de cáncer de mama yendo a buscar a la población carenciada, incentivando la población que tiene medios a participar y ofreciendo una respuesta terapéutica que inclusive puede ser financiada por el mismo sistema. Las campañas de diagnóstico temprano que se han realizado son buenas pero hay que hacer algo de mayor impacto aún.

### **¿Hay otras formas de prevenir el cáncer?**

La detección de enfermedad heredo familiar y su tratamiento profiláctico es una prevención primaria efectiva del cáncer de mama.; en nuestro grupo hay una unidad dedicada a esos pacientes

### **¿Por este lado vendrían avances importantes en la prevención?**

El cáncer heredo familiar tiene mutaciones causales que lo identifican, la secuenciación genética permite su diagnóstico. Si bien se realiza en algunos centros ( Facultad de Ciencias), no está disponible para todos y en exterior es costoso. Sin embargo, cada vez es menos costoso y más accesible. En grupos de riesgo y con criterios estrictos de selección, el estudio genético permite identificar mutaciones características del cáncer hereditario. Los pacientes pueden ser tratados con anti estrógenos, someterse a un seguimiento estricto con imágenes pero muchos seleccionan la terapia profiláctica quirúrgica. Esto va a permitir bajar la incidencia del cáncer heredo familiar. Pero no olvidemos que el cáncer hereditario es solo el 5 % del total y la prevención sigue basada en hábitos de vida saludables y diagnóstico temprano.

### **La tecnología es otro aspecto donde hubo importantes avances.**

Sí, pero aún no hemos incorporado todas las nuevas tecnologías que hay de diagnóstica. Es cierto que hay instrumentos de diagnóstico muy importantes como son la resonancia magnética de última generación, PET .SCAN, pero si bien los equipos de mastología están digitalizados, aún no tenemos mamógrafos digitales, con mesas de procedimientos percutáneos y sistemas individuales de core biopsia asistidos por vacío.

### **Se avanzó pero todavía...**

... Debemos incorporar la tecnología, terminar de mejorar la formación de

los colegas, uniformizar los protocolos de tratamiento y trabajar en equipos multidisciplinarios. Estos pueden ser multidisciplinarios y de distintas instituciones. ¿Por qué no se puede coordinar, por ejemplo, la Cátedra del Hospital de Clínicas con la unidad de mastología Hospital Militar? Hemos hecho unos cuantos trabajos juntos pero sin una protocolización conjunta. Sin despreciar lo difícil del manejo de los fondos públicos y a mi juicio, el estado le debe a la nación profesionales entrenados y competentes, tratamientos actualizados, tecnología de última generación y accesibilidad para todos.

### **¿Es cierto que diagnosticar una enfermedad en forma tardía tiene un costo mucho más alto que si se detectara en forma temprana?**

Cuando era joven y participaba en una intervención en Estados Unidos, observé que se usaron en una cirugía gástrica seis disparos de sutura mecánica. Ante mi sorpresa el doctor me pregunta: "¿usted hace esto?"

- "No, mire Doctor, no tenemos dinero para tal cosa", respondí.

- "¿Cómo? ¿Sabe lo que vale 25 minutos de sala de operaciones? Mucho más que los 6 disparos que realicé", me dijo.

Hay tratamientos o técnicas que significan menos días de internación (todas mis cirugías mamarias tienen un máximo de 24 hs de internación) Esto repercute no sólo en menos costos para el centro médico sino también para los pacientes: menos días sin trabajar, pago de guarderías, etc. Los costos no siempre son lineales y se deben estimar globalmente y a largo plazo

### **¿Cómo se combina el avance en los tratamientos con la cirugía?**

El tratamiento primario del cáncer de mama es quirúrgico. El tumor debe ser resecado; no se acepta la resección percutánea del tumor, aunque sí la biopsia percutánea del tumor. Sin duda, el tratamiento principal del cáncer es quirúrgico pero cada vez la cirugía va siendo más limitada y precisa. Se acabó el sacar por las dudas, el aceptar deformidades estéticas porque se acepta pagar un 'precio' por la enfermedad. La cirugía oncológica, tanto conservadora como radical, hace que los resultados estéticos sean excelentes. No hay porque tener una areola y un pezón desviados como resultado de una cirugía conservadora. Se acabó. Antes, la cirugía sacaba todo. Se usaban unas incisiones gigantes, grandes resecciones. Ahora se puede hacer una cirugía pretendidamente curativa con resecciones limitadas con excelentes resultados. Sin duda que la cirugía es determinante en el cáncer in situ, donde determina la chance de recidiva. Y es claro que la gran controversia actual es el manejo de la axila, donde nos dirigimos a biopsia exclusiva del ganglio centinela aún si es metastásico, es en este contexto donde los formidables avances en tratamientos sistémicos y en radioterapia serían los que habilitan este manejo axilar limitado.

# La investigación “me abrió la cabeza”

**T**omó la decisión de ser oncóloga seguramente sin ser consciente del avance que la especialidad alcanzaría con los años y que hoy le permite brindar mejor calidad de vida al paciente. Hoy la doctora Alonso es Coordinadora técnica del Servicio de Oncología Médica del Centro Hospitalario Pereira Rossell y Grado III del CASMU. También atiende pacientes en hospitales de Minas, Fray Bentos y Young. No duda que la oncología es su vocación y que trabajar en la investigación clínica le “abrió la cabeza”.

## ¿Qué le llevó a tomar la decisión de seguir la carrera de médico?

En la familia no hay antecedentes de médicos. Mis padres son de origen gallego. Ambos nacieron en un pueblito de Pontevedra, en la frontera con Portugal. Mi papa era monteador y en Uruguay aprendió el oficio de la elaboración del pan. Al instalarse en Uruguay trabajó en CUTCSA y luego compró una panadería. En mis primeros años vivíamos en un apartamento en la Ciudad Vieja muy cerca del Hospital Maciel. De niña era muy conversadora y enfrente a casa vivía un médico a quien le pedía los frasquitos de los medicamentos para jugar.

## ¿Tiene otros recuerdos que le acercaran a la medicina?

De niña sufrí mucho de Amigdalitis, era frecuente que en cada invierno faltara una semana a la escuela hasta que finalmente a los 8 años me operaron. Recuerdo que una vez que me habían mandado inyecciones de antibióticos, (intramusculares), a los tres días ya no tenía más fiebre. El practicante le sugirió a mi madre de suspender las inyecciones. Al escuchar el comentario me enojé y le pregunté: “¿Usted es médico?”. “No soy practicante”, me respondió. Con firmeza le dije: “el doctor dejó la orden de que las inyecciones fueran seis y usted me las va a dar”. El muchacho quedó ‘helado’ porque realmente eran dolorosas y lo que proponía era no darme las inyecciones que restaban. No esperaba encontrarse con una niña tan cercana a las órdenes del médico. A los 8 años me operaron y durante la internación mi prima me preguntó que quería que me regalaran. “Un juego de doctores”, respondí.



Dra. Isabel Alonso.

## ¿Cuándo la medicina dejó de ser un juego para ud?

Antes de entrar a Facultad me quedaba la duda si hacer medicina o química. Me interesaba mucho el laboratorio pero finalmente resolví hacer medicina.

## Y por la oncología ¿Cuándo se decidió?

Durante la carrera me gustaba mucho lo que es pediatría. Al tener familiares que sufrieron de cáncer empecé a interesarme también por la oncología. Finalmente, la decisión la tomé en la cola que hacía para anotarme en el post grado. Estaba con una amiga con quien hice toda la carrera y vimos que para pediatría había cientos de anotados y en oncología unos pocos. Ese factor nos hizo decidir cual de las dos especialidades íbamos a seguir. Igualmente, la oncología era una opción que nos atraía sobre todo por la perspectiva que se presentaba en la investigación. Hoy puedo decir que no me arrepiento.

## ¿Se imaginó que la oncología iba a tener tal desarrollo y avance?

En absoluto. Cuando uno entraba en oncología sabía que era una especialidad difícil. En aquel momento no se contaba con el arsenal terapéutico que hoy tenemos. Había una necesidad de acompañar al paciente desde su diagnóstico y el futuro era incierto.

## ¿Y la realidad de hoy cuál es?

Ha cambiado totalmente. Hubo grandes novedades en la investigación, en la aparición de los tratamientos con blancos moleculares. Cambió mucho la perspectiva del paciente, su evolución. Antes teníamos algunos tumores como el cáncer de testículo o los hematológicos con gratificacio



**Hoy percibimos al cáncer como una enfermedad más. Una enfermedad crónica. Hablamos con el paciente de expectativas a largo plazo.”**

nes muy rápidas porque los pacientes se curaban. Pero otras patologías tenían mal pronóstico. Hoy percibimos al cáncer como una enfermedad más. Una enfermedad crónica. Hablamos con el paciente de expectativas a largo plazo. Hay que tratar de desvincular la palabra cáncer con la de dolor y muerte. Estos conceptos están muy arraigados en la gente. Si a uno le diagnosticaban cáncer, se percibía que luego venía el dolor y por último la muerte. En oncología los avances son dinámicos. Muchas veces lo que buscamos es ganar tiempo. Buscar que los tratamientos sean efectivos y nos den tiempos a que nuevas drogas, nuevos avances se incorporen. No sabemos si a la vuelta de la esquina está la curación.

**¿Ud. se identifica fuertemente con los pacientes?**

Los oncólogos y la gente del CTI lidiamos mucho entre la vida y la muerte. La diferencia es que el relacionamiento del paciente con los oncólogos, por suerte, es más prolongado y por eso te encariñas más con el paciente, con su familia. Cuando algún paciente no evoluciona bien, parte de vos se muere con él. Eso es así.

**Pero definitivamente hubo avances en el tratamiento del cáncer. Usted se especializó en mama. ¿Cuál es la realidad?**

En realidad trabajo en todo lo relacionado a la oncología ginecológica: mama, útero y ovario. Es cierto que dentro de los tumores sólidos, mama es donde más se ha avanzado. Desde hace más de 10 años con la clasificación molecular del cáncer de mama se ha logrado conocer más sobre esta enfermedad y ello nos permite un tratamiento más individualizado y con mejores resultados.

**¿Qué expectativa hay en el tratamiento de cáncer de ovario?**

Se está trabajando en un protocolo de investigación en el que se incorpora un tratamiento antiangiogénico al tratamiento estándar del cáncer de ovario que puede mejorar todo lo referente a la respuesta y supervivencia de los pacientes. El cáncer de ovario muchas veces responde rápidamente pero luego recae ya que es un tumor que generalmente lo diagnosticamos en estadios avanzados y es muy difícil lograr largas supervivencias. Pero cada vez contamos con más drogas para combatir la enfermedad.

**¿Considera posible que el tratamiento del cáncer de ovario recorra un camino similar al de mama en cuanto a supervivencia y calidad de vida los pacientes?**

Por supuesto, esa es la expectativa.

**Si tuviera que marcar hitos en los avances en el tratamiento del cáncer que usted experimentó durante su carrera profesional, ¿cuáles serían?**

Para mí la posibilidad que me dieron mis docentes (no doy nombres, porque ellos saben a quienes me refiero) de trabajar en investigación

me permitió acceder al manejo de drogas nuevas. Me abrió la cabeza en lo referente al seguimiento y seguridad de los pacientes. Hay requerimientos internacionales, los estudios a realizar, los tiempos están determinados. Te exigen y te educan de determinada forma. He tratado de integrar a los integrantes de mi equipo del Pereira Rossell para que el Hospital pueda desarrollar proyectos de investigación. Ahora lo estamos haciendo en cáncer de ovario y mama. De esta forma se puede evaluar drogas con nuestros pacientes que de otra forma nunca podrían recibir. En segundo lugar fue un gran avance la aparición de todo lo que tiene que ver con los blancos moleculares en cánceres como el de mama, ovario, tumores gástricos, cáncer de pulmón. Esto ha logrado cambiar las perspectivas del oncólogo.

**¿Cuánto incide en el éxito de un tratamiento la psicología del paciente?**

Hay pacientes que uno los ve sentados y se da cuenta que van a andar mal. Uno ve que se enfrenta a la enfermedad de 'capa caída'. En cambio aquellos pacientes que de alguna forma le restan importancia a la enfermedad, que la enfrentan como una más, tienen mejores perspectivas. En el 'Pereira' había una señora con cáncer de cuello uterino que tenía un muy mal pronóstico y sobrevivió mucho más de la expectativa que teníamos. La fuerza la sacaba del hecho que tenía que pelear por sus hijos. Es importante cuánto pone el paciente de su parte, para poder pelear contra la enfermedad y poder sobrevivir más y con buena calidad de vida.

**Tiene tiempo el médico para dedicarle al paciente. ¿Puede darle un soporte?**

En realidad hay que trabajar más en equipo multidisciplinario de lo que el sistema nos permite. Cada vez más contamos con comité de tumores en los que los diferentes actores participamos y discutimos que es lo mejor para el paciente desde el diagnóstico. Pero a veces no depende de la cantidad de tiempo sino de la relación que generes con el paciente, de saber escuchar. Todo eso marca la relación médico-paciente de una forma importante y puede llevar a una relación de amistad.

**En definitiva no hay un deber en la decisión de su carrera.**

En absoluto. Si volviera atrás en el tiempo volvería a hacer lo mismo. El desarrollo notable que tuvo la oncología nos permite hoy ayudar de otra manera al paciente y de esta forma nos gratifica.

**¿Tiene vínculos con la realidad del interior uruguayo?**

Si además de Montevideo voy al Interior. En esto debo destacar el apoyo incondicional y el compañerismo de mi esposo. Sin Jorge hay muchas cosas que seguramente no haría.

## “La inmunohistoquímica y el Her 2 son grandes avances”

**P**or tradición familiar el camino universitario de Gonzalo Ardao estaba marcado. Hijo y sobrino de médicos cirujanos, su carrera dentro de la medicina parecía tener un claro destino. Pero Ardao tomó su elección por la anatomía patológica donde hoy ejerce como: Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Militar. En diálogo con Roche News, el Dr. Ardao reseñó los avances y frenos en el desarrollo de la anatomía patológica. No dudó en señalar a la inmunohistoquímica y el estudio de la sobre expresión de Her 2 como los grandes avances en los últimos tiempos dentro de dicha ciencia, con respecto a la patología mamaria.

### ¿Cuál es la función del anatómo patólogo?

El patólogo es quien hace el llamado diagnóstico anatómo patológico basado en el estudio de tejidos enfermos. Es el estudio de los diferentes tejidos tomados del enfermo por diferentes métodos (biopsias endoscópicas, quirúrgicas, resecciones, etc.) para establecer que enfermedad padece. Por ejemplo, si el estudio de la muestra da un cáncer debe determinar el tipo de cáncer y una serie de factores que importan para el pronóstico o para el tratamiento que el paciente deberá seguir. Por otra parte, una biopsia se puede tomar creyendo que es un tejido enfermo y el estudio da que no es cáncer, o incluso que el tejido es normal. Este diagnóstico es importante también documentarlo.

### ¿Cuál es la calidad del material que le llega al anatómo patólogo y que característica tiene?

Depende de la muestra. Recibimos muestras muy pequeñas, biopsias e inclusive estudios citológicos, que ni siquiera son tejidos. Podemos recibir un líquido para estudiar o una suspensión de células. Por ejemplo, una punción citológica donde se aspiran unas pocas gotas. Hay células en suspensión y eso se procesa en una determinada manera para obtener un ex-



Dr. Gonzalo Ardao, Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Militar.

tendido citológico y hacer un diagnóstico. Por otra parte se puede obtener una muestra que puede ser muy grande por ejemplo, un órgano entero. En las muestras pequeñas se hacen fundamentalmente diagnósticos. En las piezas de resección más grandes además de confirmar el diagnóstico, que habitualmente ya se tiene por una biopsia previa o por una citología previa, se estudian los llamados factores pronósticos. Por ejemplo en mama, el tamaño del tumor, el tipo y grado histológico del tumor, estado de los ganglios axilares, receptores hormonales, etc., es decir una serie de parámetros que son importantes para establecer el pronóstico y posterior tratamiento de la paciente.

### ¿En qué etapa entra a participar el anatómo patólogo?

Llegamos a la anatomía patológica cuando, por ejemplo hay una sospecha de cáncer, luego que algún otro médico vio al paciente. Por lo general el paciente recibió estudios que implicaron imagenología, es decir radiografías, ecografías ó tomografías. Asimismo, otro colega realizó una biopsia. Es decir la anatomía patológica es la instancia de confirmación o no en este caso de un cáncer. El anatómo patólogo hace un informe que va a la historia clínica de la paciente donde tiene que constar claramente el diagnóstico y los factores que tienen importancia pronóstica desde el punto de vista anatómo patológico. En base a dicho informe y a otros al resultado de otros estudios el colega tratante toma una decisión terapéutica. El informe cobra una real importancia en el tratamiento futuro. No solo basta decir que es un cáncer, sino qué tipo de cáncer. No es el mismo tratamiento para un cáncer de origen epitelial, lo que se llama



**No solo basta decir que es un cáncer, sino qué tipo de cáncer. Los tratamientos son diferentes.”**

carcinoma, que un linfoma que es cáncer de los ganglios linfáticos. Aún dentro de cada uno de esos grandes grupos los tratamientos son diferentes. Por ejemplo, existen diferentes tipos de linfomas, que se tratan de diferentes formas, por lo que hay que clasificarlos y subclasificarlos y eso debe hacerlo el patólogo.

### **¿Cuáles fueron los grandes avances en el desarrollo de la anatomía patológica?**

En los últimos años ha sido un gran avance el uso de la inmunohistoquímica, es decir la posibilidad de determinar en los tejidos ciertas sustancias o proteínas por métodos inmunológicos, que involucran una reacción antígeno-anticuerpo. Por ejemplo, en cáncer de mama la expresión de los receptores hormonales, estrógeno y progesterona.

Anteriormente los estudios se hacían por métodos bioquímicos. Estos exigían materiales frescos, había que congelar el tumor, se necesitaba una gran cantidad de tejido (un cubo de 1 cm de lado). En aquella época los tumores se detectaban más tardíamente y por lo tanto eran más grandes. Hoy se detectan muchos tumores que son muy pequeños. En cáncer de mama se descubrió la posibilidad de detectar receptores de estrógeno y progesterona en tejidos por métodos de la inmunohistoquímica, es decir un anticuerpo que marca específicamente un componente de la célula. Ese fue uno de los avances más importantes en la anatomía patológica. Los estudios se independizaron del material congelado y del tamaño y se pueden hacer fijando la muestra en formol, incluida en parafina, en cortes histológicos. Es posible ver exactamente el sitio de la reacción antígeno-anticuerpo.

Otro de los avances importantes en cáncer de mama en los últimos tiempos y que también tiene que ver con la inmunohistoquímica es la aparición del Herceptest® o la determinación del Her2Neu. Igual que en el caso de los receptores hormonales que tienen importancia terapéutica y pronóstica (tienen mejor pronóstico los tumores que son positivos para estrógeno y progesterona y además permiten la opción del tratamiento hormonal). Algo parecido sucedió con el Her2Neu. Los tumores que son positivos para el Her2Neu tienen peor pronóstico, pero al mismo tiempo son factibles de ser tratados con una droga que es el trastuzumab (Herceptin). Hoy por hoy es imprescindible determinar la sobreexpresión de Her2Neu en el tumor antes de usar la droga.

### **¿El cáncer va a camino a tener cura?**

Algunos tipos de cáncer tienen cura, otros todavía no. La palabra cáncer es muy amplia. Hay cánceres que se comportan con menos agresividad y otros son muy agresivos. No es lo mismo tener un cáncer bien diferenciado de tiroides que tener un sarcoma de partes blandas. Es importante ver en qué estadio está cada cáncer.

### **¿El mastólogo qué papel cumple?**

Los mastólogos no necesariamente son oncólogos. Por definición son profesionales médicos con interés en la patología mamaria, trabajan en ella y atienden pacientes. Con orientación mastológicas pueden haber cirujanos, oncólogos, radiólogos, anatómos patólogos, en definitiva profesionales de diferentes especialidades médicas.

### **¿Hacia dónde consideran que vendrán los avances en la anatomía patológica?**

Uno de los avances más promisorios es el referente a la biología molecular. Los laboratorios de anatomía patológica han ido dejando de ser una especialidad de segunda línea con tecnología de segunda generación. La biología molecular y la genética se comenzaron a utilizar en la anatomía patológica fundamentalmente en la clasificación de cáncer de mama. Se han distinguido varios tipos de carcinoma de acuerdo a la expresión de diferentes genes y se los clasifica en diferentes grupos. En Uruguay esto aún no se hace.

### **¿Comparativamente cómo estamos en relación a los países de la región?**

En recursos humanos hay una generación de patólogos jóvenes que está bien capacitada. En materia de equipamiento estamos atrasados con respecto a la región, por ejemplo con Brasil, especialmente San Pablo y con Argentina. En Uruguay hay falta de tecnologías y esto se debe a los costos que tiene los equipamientos en Uruguay. Hoy no existe en Uruguay un banco de tejidos operativo. En lo que se refiere a biología molecular el Instituto Pasteur es un paso muy importante. Falta en Uruguay más investigación, mejorar el nivel científico de los investigadores, que no se nos vayan y que los que trabajan en Uruguay lo hagan en condiciones dignas.

### **¿Qué le llevó a realizar la carrera de anatómo patólogo?**

Mi padre, Héctor Ardao era médico cirujano, al igual que mi tío Ruben. Tuve también otro tío, Alberto Aguiar, quien también fue médico cirujano. Los tres, hoy fallecidos, durante parte de su carrera hicieron anatomía patológica. Mi padre además de profesor de cirugía llegó a ser profesor agregado de anatomía patológica. Inclusive por la década de 1940 escribió un libro: "Lecciones de Anatomía Patológica del Sistema Nervioso Central" cuando trabajaba en el Instituto de Neurología. Mi tío Ruben llegó a profesor adjunto de anatomía patológica. Escribió el primer libro uruguayo de Anatomía Patológica. Mi padre me decía que si quería hacer cirugía tenía que aprender anatomía patológica. Entré de ayudante honorario en la cátedra de anatomía patológica en el Hospital de Clínicas, me gustó y me quedé. Di concurso y fui grado 1, y luego grado 2... y realicé toda mi carrera dentro de la especialidad. Hoy soy Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Militar y Presidente de la Sociedad de Mastología.

# Una especialidad que lleva en la sangre

**A**rgentino por días, oriental de por vida, el Dr. Enrique Bódega construyó profundos vínculos con Francia que le permitieron desarrollar en Uruguay el primer centro hematológico en el área del Ministerio de Salud Pública.

El Dr. Bódega relató que cuando retornó de una beca en París se encontró con el gran desafío que en el Uruguay no existía la especialización. La hematología no era reconocida como una especialidad en Uruguay y la actividad médica a su alrededor no estaba organizada. Durante años el Dr. Bódega estuvo al frente del Servicio de Hematología del Hospital Maciel, un centro de referencia para el ámbito público.

## ¿Cómo nace su interés en la medicina. Había antecedentes familiares que le marcaron el camino?

En realidad en mi familia no hay antecedentes médicos. Mis padres Giovanni y Ancilla son nacidos en Lecco, ciudad del Lago de Como en Lombardía, Italia desde donde emigraron a la Argentina. Llegué a Montevideo con nueve meses, desde entonces vivo en Uruguay, mi país. De estudiante, el interés por la biología fue mi puerta de entrada a la medicina. La primera disyuntiva que a uno se le presenta en la carrera es la opción de ser médico o cirujano. Claramente mi opción no era la quirúrgica.

## ¿Y su interés por la hematología?

Durante mi época de estudiante fui ayudante de histología de la Facultad de Medicina, más adelante mientras completaba la formación en medicina interna durante la residencia médica, continuó mi gusto por la microscopía, la observación de tejidos y en especial de las células de la sangre y de la médula ósea. Sentía el desafío que presentaban las enfermedades hematológicas consideradas incurables y lo mucho que había por hacer.

## ¿En Uruguay existía la especialización en hematología?

Cuando comencé a interesarme por la hematología no existía la especialidad. En aquellos tiempos para completar la formación había que vincularse a centros hematológicos de otros países. Desde tiempo atrás, Uruguay



El doctor Enrique Bódega, enmarcado en los recuerdos de París.

mantenía y mantiene una fuerte relación en el área científica con Francia a través de proyectos de cooperación y de becas. En ese marco, en el año 1977, obtuve una beca del Gobierno Francés en el Servicio de Hematología del Hospital de la Pitié –Salpêtrière en París. El mismo estaba a cargo del Profesor Jacques Louis Binet y allí trabajaba mi amigo el Dr. Guillermo Dighiero quien fue un apoyo muy importante en el desarrollo de la misma.

## ¿Dónde practicó los conocimientos adquiridos a su retorno a Uruguay?

En Francia accedí a la práctica de la hematología moderna y pude apreciar el desarrollo que la especialidad tenía. Cuando volví de la beca en el año 1978 trabajé en el sector público y privado pero no tenía un centro donde desarrollar la especialidad. Igualmente llegué con la firme inquietud de desarrollar en Uruguay un centro público orientado a la hematología en cooperación con el gobierno francés que daría apoyo tecnológico y asesoramiento a los médicos. Dos referentes uruguayos que vivían en Francia el Dr. Guillermo Dighiero y el Dr. José Luis Pico apoyaron la iniciativa.

## ¿Así surgió el centro de Hematología del Maciel?

Sí y el mismo logró crecer en capacidad y sobretodo en complejidad. Ello fue posible por el programa de cooperación entre ambos gobiernos; mientras Francia brinda el apoyo tecnológico, el asesoramiento y la capacitación, Uruguay aporta la estructura física del hospital, los insumos de funcionamiento y los profesionales médicos y de enfermería

## ¿Cómo fue el desarrollo del centro?

En el Servicio de Hematología se organizó un desarrollo progresivo dirigido a poner a punto la técnica de trasplante de médula ósea. Se realizó el primer auto trasplante mediante células progenitoras hematopoyéticas obtenidas de la sangre así como el primer trasplante no relacionado del



**La relación con Francia es permanente y fluida y genera numerosos proyectos de intercambio.”**

país. En ese marco el centro se fue perfilando hacia el desarrollo de la articulación de la clínica con la biología. Ello implica sumar a la base que tiene cualquier especialidad el desarrollo permanente que surge del mejor conocimiento biológico y que se aplica cada vez más en el diagnóstico y los tratamientos en las enfermedades de la sangre. Esta asociación conduce al desarrollo de la investigación que es la base de nuevos conocimientos.

#### **¿Qué áreas biológicas desarrolló el Centro?**

Se desarrollaron cuatro áreas de laboratorio: Citometría de flujo; Citogenética, Criopreservación y Citomorfología. Desde el principio esta activo el laboratorio de criopreservación y actualmente esta funcional la citogenética y la citometría de flujo. El laboratorio de biología molecular se encuentra en desarrollo. Esta concepción nos permite conjugar la clínica con la biología base de nuestro desarrollo clínico, diagnóstico y de investigación.

#### **¿El centro del Maciel mantiene el vínculo con la comunidad científica francesa?**

La relación es permanente y fluida y genera numerosos proyectos de intercambio con misiones médicas francesas que llegaron y llegan al Uruguay y becas de profesionales médicos uruguayos en Francia. En lo personal retorné a Francia en 1982 donde además de estar nuevamente en la Pitié- Salpetrière concurrí al Hospital Henri Mondor en la parte de reanimación y cuidados intensivos en hematología y al Instituto Pasteur. A raíz de esta cooperación tan permanente y prologada entre el Servicio de Hematología y Francia tengo el honor de haber recibido la Orden Nacional al Mérito otorgada por el Gobierno Francés.

#### **¿En su carrera que significó el Servicio Hematológico del Maciel?**

La cristalización de un desafío que se desarrolló con la característica de una disciplina clínica que interactúa y mantiene fuertes vínculos con la biología. Al mismo tiempo está fuertemente vinculado al Instituto Pasteur de Montevideo que está concebido para la investigación biológica.

#### **¿Se generó una asociación dentro del Maciel en apoyo a los pacientes?**

Efectivamente, la Fundación PORSALEU con sede en el Hospital es la que apoya a los pacientes con leucemia y linfoma y a sus familiares.

#### **¿Los profesionales especializados en hematología tienen ahora alternativas laborales en Uruguay?**

Lo importante es que al presente en Uruguay hay estructuras organizadas para la Hematología y centros donde desarrollar la práctica clínica. La especialidad está reconocida y los médicos que tienen afinidad por ella tienen acceso a la misma a través del post grado. Esto fue un primer gran

paso que había que cumplir. Actualmente si bien la problemática laboral aún no está totalmente resuelta tengo la impresión que las oportunidades de trabajo para los hematólogos han mejorado.

#### **En cuanto al combate de las enfermedades ¿qué desafíos se cumplieron?**

Hubo una evolución importante de los tratamientos en especial del control de las enfermedades malignas de sangre y de los ganglios. Ya desde hace varios años se demostró que a través de la asociación de drogas quimioterápicas se lograba un beneficio mayor para combatir estas enfermedades. Posteriormente se empezaron a agregar tratamientos de base biológica, como el interferón, los factores de crecimiento, los medicamentos que modifican la inmunidad, los que promueven la diferenciación celular y los inhibidores enzimáticos. Entre ellos están los anticuerpos monoclonales que asociados a quimioterapia optimizan los resultados en el tratamiento de los linfomas. Es el caso del anticuerpo monoclonal anti CD20 que permite un mayor porcentaje de respuesta completa en el tratamiento de estas enfermedades. Así mismo otras técnicas como el trasplante de médula ósea en sus diferentes estrategias auto, alo y trasplante no relacionado familiarmente están permitiendo controlar mejor y aun curar muchas hemopatías. En el caso de los trasplantes no relacionados familiarmente el equipo del Hospital Maciel junto al Instituto Nacional de Donación y Trasplante se vincula a los bancos de datos de donantes de células progenitoras hematopoyéticas americanos y europeos y organiza los trasplantes para aquellos pacientes que no tienen donante dentro del grupo familiar. La Dra. Alicia Magariños está al frente de este programa y con referencia a ello nuestro centro es el único que está autorizado por el Fondo Nacional de Recursos para llevar adelante esta estrategia terapéutica.

#### **¿Hasta dónde podrán llegar los avances en hematología?**

Estamos en una etapa de continua innovación del conocimiento de la biología. Los medicamentos con base biológica surgen del mejor entendimiento de cómo suceden las enfermedades, cuáles son los mecanismos de desarrollo y de sus causas. Vamos hacia un mejor conocimiento de la patología por el camino de la investigación y a obtener opciones terapéuticas más racionales, más efectivas y menos agresivas. Ello está orientado a mejorar los perfiles de respuesta de linfomas y leucemias así como las expectativas de curación.

#### **¿Hasta qué grado la medicina es parte de su vida cotidiana?**

La medicina es parte de mi vida cotidiana ya que la misma no termina fuera del hospital. Ello está relacionado a que mi pareja Alicia también es médica hematóloga, mi hija Laura es patóloga y mi nuera Florencia es médica. Por todo ello la medicina parece querer quedar en la familia y no hay duda que la especialidad la llevo en la sangre.

## “Vamos hacia una regionalización de la oncología”

**L**a atención en oncología en el interior uruguayo va a tender a una regionalización lo que beneficiará a los pacientes y a los especialistas en esta disciplina”, remarcó el Dr. Jorge Buglione, uno de los primeros oncólogos montevideanos que se radicó en el norte uruguayo. El Dr. Buglione, quien tiene actividad en Tacuarembó, Rivera y Cerro Largo, destacó que la radicación de oncólogos en el interior uruguayo va en aumento y consideró que la creación de centros como los de Unidades de Cuidados Paliativos o del Hospital del Día facilitará esta tendencia.

### ¿Cómo comenzó su interés en la oncología?

Como estudiante, cuando empecé a realizar pasantías por distintas áreas, pude empezar a tener contacto con la Cátedra de Oncología y esa experiencia me despertó el interés por la especialidad. Me recibí hace más de 20 años con la convicción que podía servir en el área de la oncología.

### Trabaja como oncólogo en Tacuarembó, Rivera, Cerro Largo... ¿Cómo empezó su vínculo con el Interior?

Durante el Internado que debemos realizar en la carrera de medicina hay una pasantía en el Interior. Era obligatoria. Yo era nacido en Montevideo pero mi pareja, quien hoy es mi señora, es nacida en Tacuarembó. Eso ayudó a la elección del lugar pero más me atraída la posibilidad de satisfacer necesidades que consideraba que faltaban en el área de la salud.

### ¿Con qué realidad se encontró?

La oncología en el norte uruguayo no estaba muy desarrollada. Había oncólogos itinerantes, atendían una consulta y retornaban a su lugar de origen. Estos oncólogos habían logrado trazar un camino pero el desarrollo de la oncología podía ser potencializado. Comencé en el Hospital de Tacuarembó y luego comencé a trabajar en el de Rivera y más tarde en el de Cerro Largo. Siempre con la misma convicción: que había necesidades



El Dr. Buglione junto a su equipo.

para satisfacer y que uno podía colaborar. Siempre me atrajo el poder colaborar en llevar los avances de la oncología a los lugares donde podían haber dificultad de acceder a los mismos. Eso me llevó a trabajar en distintos lugares del Interior. Hoy cada vez más colegas están yendo con el título de post grado al Interior y seguramente refuercen el camino que otros iniciaron anteriormente.

### ¿Cómo percibió la evolución de la oncología en estos años?

El desarrollo que hubo en el área oncológica en estos últimos años la he visto en muy pocas otras especialidades. El diagnóstico temprano de la enfermedad fue un paso importantísimo. Otro avance en la lucha contra el cáncer que pude apreciar en los departamentos que trabajo fue la creación de unidades para la administración de tratamientos oncológicos, es decir “Hospitales de Día”. Se logró así una centralización y desarrollo de un personal de salud que está dedicado a la actividad oncológica. La posibilidad que los pacientes estuvieran recibiendo los tratamientos en forma más confortable y segura fue creciendo notoriamente en el tiempo. Así por ejemplo, se logró establecer un aparato de radioterapia en el departamento de Tacuarembó. También impulsé el desarrollo de una Unidad de Cuidados Paliativos. Es decir si bien un grupo de pacientes se cura y tienen una enfermedad “manejable” otro grupo de pacientes- como todas las enfermeda



***Siempre me atrajo el poder colaborar en llevar los avances de la oncología a los lugares donde podía haber dificultades de acceder a los mismos.”***

des- tienen una evolución mala. Las existencias de estas Unidades en departamentos del Interior es un paso cuantitativo y de calidad importante para el paciente. Por último debemos mencionar como avance en el combate al cáncer el mayor desarrollo y democratización de la información.

**¿Y en cuanto a los tratamientos?**

Desde hace algunos años, hay una cantidad de fármacos innovadores que están dirigidos a la célula enferma y tratan de preservar la célula sana con beneficios importantes para el paciente. Uno se planteaba cuánto demorarían estos avances en llegar a Uruguay. La experiencia que hay en Uruguay con el FNR cubriendo varias de estos nuevos tratamientos es importante y valiosa. Por supuesto que mejorable pero debemos valorarla. Uno ve en países cercanos que las posibilidades de acceso son más lejanas.

**¿Estos avances pueden llegar a perfilar al cáncer como una enfermedad crónica o curable?**

Ha ido cambiando la percepción sobre el cáncer. Hoy se puede afirmar que aproximadamente un 30% de los cánceres son curables. Otro porcentaje similar son pacientes que tienen tumores manejables con una perspectiva de evolución de un largo tiempo. Claro que hay un número de pacientes que son diagnosticados en una etapa avanzada de la enfermedad y se encuentran en una etapa oncológica terminal. Pero no hay duda que la realidad está mostrando que la enfermedad oncológica en muchos casos es curable y en muchos casos durante años manejable.

**¿Hay una realidad diferente entre Montevideo y el Interior?**

Para este tipo de tratamientos innovadores la accesibilidad en el Interior es similar a la de Montevideo, tanto en el sector público como privado.

**¿Faltan oncólogos que se radiquen en el Interior?**

Esta realidad está cambiando. Hoy, por ejemplo, en Tacuarembó y Rivera hay colegas oncólogos radicados. La creación de las Unidades de Cuidados Paliativos, del Hospital del Día, son nuevos lugares de la actividad para el oncólogo y generan incentivos para la radicación de especialistas en el interior de Uruguay. También la lógica indica que la atención oncológica va a tender a regionalizarse, como ya sucede en otras especialidades. Así por ejemplo, en Tacuarembó se centralizó en el área pública todo lo relacionado a la actividad neuro quirúrgica de la región. Si esto mismo sucede en el área oncológica va a traer beneficios para el paciente y para los médicos. Al tener más número de pacientes los oncólogos van a adquirir más experiencias y conocimientos. La regionalización se va a venir por una razón de lógica y por un tema de la distribución de los recursos.



## “Siempre estoy en movimiento”

**A** los pocos años de recibirse de médica, Alicia Carnelli dejó sus trabajos y acompañó la decisión de su esposo de irse a vivir a Paysandú y ejercer allí la profesión de oftalmólogo. “Me fui como ama de casa”, afirmó Carnelli, quien señaló que primeros años le fue muy difícil conseguir trabajo en la capital sanducera. Hoy nadie discute el aporte que la doctora Carnelli hizo a la oncología de Paysandú. Su espíritu emprendedor le llevó a crear, junto a la doctora Ana Estefanell, el Primer Centro Especializado de Oncología del Interior de Uruguay. “Siempre estoy en movimiento”, remarcó Carnelli quien tiene en la oncología su pasión y en el deporte un estilo de vida.

### ¿Cuáles fueron sus primeras aproximaciones a la oncología?

En el curso de la carrera de medicina hice seis años de Internado. Una de las rotaciones las hice dentro del Pereira Rossell, en la clínica del Prof. Raúl Leborgne. Ahí nació mi amor por la oncología. Aprendí a hacer biopsias, punciones y mucho trabajo de policlínica mamaria. Veíamos 15 a 20 mamas por día. En otra de mis rotaciones estuve en la clínica del Prof. Morquio dentro del Hospital Pasteur. Fue en esa época que me recibí de médica e hice el post grado de medicina interna, Tuve mis primeros trabajos en salud Pública, a la cual entré por concurso, al Sindicato Médico como practicante y médica en la Cámara de Senadores en el Palacio Legislativo.

### Pero su carrera profesional la desarrolló en Paysandú.

Soy montevideana pero mi marido, quien era oftalmólogo, tomó la decisión de irse a vivir a Paysandú y ejercer allí la profesión. Me invitó a acompañarlo y allí fuimos. Seguí trabajando en la clínica del Dr. Leborgne donde había estado en una de mis rotaciones de Internado cuando era estudiante. Asimismo, ingresé a trabajar en forma honoraria en el Hospital. A los seis meses era internista de la mitad de la sala de medicina de mujeres y luego de la sala de hombres. Tras cinco



Dra. Alicia Carnelli. “Soy muy abuelera”, afirma.

años de trabajar como honoraria concursé y llegué a ser internista del Sanatorio de Paysandú. Hice toda la carrera de internista dentro de la mutualista COMEPA (Cooperativa Médica de Paysandú).

### ¿Cómo se vinculó con la oncología?

Mi primer contacto directo con la oncología la tuve a través de una maestra del jardín de infantes de uno de mis hijos. Tenía un derrame pleural y había sido operada de cáncer de mama. Era una mujer joven con muy poca expectativa de vida. Junto con mi colega, la Dra. Ana Estefanell, decidimos –con el apoyo de un profesional del INDO de Montevideo (hoy INCA) trazarla. Decidimos empezar la quimioterapia. Teníamos noción del tratamiento oncológico pero nunca habíamos trabajado en la especialidad. Con el apoyo del Dr. Carámbula

(jefe de Quimioterapia del INDO) y nuestros conocimientos empezamos a tratar a la maestra. La internamos y le drenamos el pulmón. La joven maestra vivió diez años más. Con mi colega nos convencimos de que había que hacer algo por la oncología en Paysandú. Fue un momento decisivo en mi vida profesional y en la creación de un equipo que conformamos con la Dra. Estefanell con quien hasta el día de hoy nos mantenemos unidas.

### **¿Concretamente qué hicieron por desarrollar la Oncología en Paysandú?**

Dentro del Hospital de Paysandú creamos la Policlínica Oncológica de Salud Pública. Conseguimos el apoyo de dos nurses y nos instalamos en un sótano en el Hospital. Comenzamos a trabajar en el tratamiento oncológico. Actuábamos bajo el asesoramiento del Dr. Carámbula. La Policlínica fue abierta en el año 1982. Al año siguiente se trasladó a COMEPA pero la centralización de los tratamientos se mantuvo en el Hospital porque allí estaban las nurses especializadas. Luego COMEPA encaró una gran obra y dentro del Sanatorio de Paysandú creó el Centro Hemato-Oncológico. Allí ejerzo la dirección. Era un Centro modelo que funcionaba las 24 horas como Unidad de Inmunodeprimidos y Hospital de día oncológico y que ya tiene dos certificaciones internacionales de calidad (ISSO 9000 de UNIT). Actualmente funciona como Hospital de día, y también funcionan consultorios especializados de Oncología, Hemato-Oncología, Cuidados Paliativos, Hematología y Nutrición. De Salud Pública me retiré en el 2010 luego de 28 años de ejercer la oncología y 45 en salud pública

### **Y en estos años que transcurrieron ¿qué avances pudo percibir en el tratamiento oncológico?**

Hay épocas marcadas por drogas como la adriamicina, luego fue el momento de los taxanos y dijimos ¡qué drogas! Pero los avances más trascendentes en el campo oncológico se dieron por medio de los anticuerpos monoclonales, la biología molecular.

### **¿En qué enfermedad estos medicamentos biológicos impactan?**

En distintos tipos de cánceres. Lo primero fue en Pulmón. Antes la persona que tenía un cáncer de pulmón sino se operaba se moría. Hubo grandes avances en el combate a la enfermedad. Pulmón en estadios localmente avanzados, la aparición de anticuerpos monoclonales como el Bevacizumab, los inhibidores de la tirosina quinasa como el Erlotinib, que inhiben a los factores de crecimiento del tumor. Tenemos enfermos metastasiados que debutan, les hacemos quimio asociadas con anticuerpos monoclonales, como el Bevacizu-

mab (Avastin) y si es una mujer no fumadora que tuvo una respuesta del 80% del tratamiento previo la tratamos con Erlotinib (Tarceva) vía oral. Esta paciente hace sólo un año, tenía un cáncer de pulmón bilateral y hoy vive tomando un comp/día. En Colon hubo avances espectaculares. Primero dimos un gran paso que fue empezar el tratamiento con la Capecitabina (Xeloda) vía oral. Ahí se puede apreciar una diferencia entre el tratamiento de un paciente de Montevideo e Interior. En el Hospital de Paysandú no teníamos quien hiciese infusión continua porque las nurses de oncología trabajan de lunes a viernes de 8 a 12. Si un paciente lo queríamos tratar correctamente no lo podíamos internar cuatro días en infusión continua porque en la sala no lo iban a atender. Con Capecitabine el Tº una infusión continua. Para nosotros esto fue fantástico.

### **¿En qué otra enfermedad hubo avances notorios?**

Para hacer las terapias en cáncer de colon la radioterapia no la podemos hacer en Paysandú. En los cánceres de recto que son avanzados le hacemos quimio radio concurrente, muchas veces pre operatorio para que pueda operarse y conservar el esfínter. Por esta razón los pacientes se tienen que trasladar fuera de Paysandú. Nadie quiere estar un mes internado fuera de su entorno para realizarse un tratamiento. Con Capecitabine(Xeloda) + radioterapia hemos logrado solucionar este punto. Es fantástico la aparición de drogas de Tº vía oral. Es una droga que marcó, como los taxanos y la adriamicinas. Se concretó un nuevo paso con la aparición del Bevacizumab (Avastin). Al principio el tema era el costo pero hoy –bajo el cumplimiento de estrictos protocolos- está financiado por el Fondo Nacional de Recursos (FNR). En realidad el Avastin es un medicamento que sirva para muchos cánceres. Su mecanismo de acción lo que hace es no dejar formar nuevos vasos y a los que están mal formados los endereza y permiten que la droga llegue bien al tumor. Hemos avanzado mucho en el tratamiento del cáncer de colon.

### **¿Qué se puede hacer en la prevención de este cáncer que tiene tan alta incidencia en Uruguay?**

El cáncer de colon es una de las enfermedades que no se manifiesta en forma temprana. Si miramos desde el punto de vista costo-beneficio los resultados que se obtendrían con una detección temprana son enormes. A los mayores de 50 -y a aquellas personas que tengan antecedentes familiares- se les debería realizar un estudio de sangre en la materia y si es positivo una Fibrocolonoscopia. Ayudaría a detectar en forma más temprana la posibilidad de cáncer de colon y evitaría una serie de los gastos posteriores en caso de avanzar el cáncer. Ni



***Al paciente oncológico le digo: lo que hago es ‘cronizarte’... es darte un tratamiento crónico, igual que si fueras diabético, reumático o asmático.”***



**Inseparables.** Las doctoras Alicia Carnelli y Ana Estefanell desarrollaron la oncología en Paysandú.

que hablar que también se lograría un beneficio enorme para la salud de la gente.

#### **El cáncer ¿puede ser percibido como una enfermedad crónica?**

Siempre que le hago el tratamiento de cáncer de colon a un paciente con metástasis le digo: "lo que voy a lograr con el tratamiento es una larga sobrevivida pero no es seguro que alguna célula tumoral no vuelva a crecer". Cuando a los dos años de estar en tratamiento al paciente le aparece otra metástasis hepática diferente a la que tuvo, le digo: "Lo que hago es 'cronizarte', es darte un tratamiento crónico, igual que si fueras diabético, reumático, asmático". El concepto de cronicidad es un cambio cultural muy fuerte para el paciente y también para el médico.

#### **¿La cronicidad del cáncer es algo que se percibe en la vida cotidiana tanto del paciente como del médico?**

Con pacientes oncológicos antes hacíamos 6, 8 10 horas de policlínica. Ahora hacemos 12 horas. Esto se debe a que a la Policlínica concurren pacientes nuevos, los que están en tratamiento y los que tienen sobrevivida y recaen. Tenemos pacientes que están 1 o 2 años bien y luego recaen. Las pacientes en algún momento pueden recaer. Cuando

un paciente ve que responden bien al tratamiento me pregunta ¿Estoy curado? Yo les digo: "No podemos decirte que estás curado, vas a tener que controlar la enfermedad de por vida pero si recaes no te preocupes porque hay medicación". Definitivamente, el cáncer hoy por hoy es una enfermedad crónica. Tiene tratamiento. Hay primera, segunda, tercera y cuartas líneas.

#### **¿Hubo progresos también en la calidad de vida del paciente?**

Años atrás, cuando empezamos a tratar al paciente oncológico la pasaba muy mal. A medida que pasaron los años fueron apareciendo drogas, que primero usamos dentro de la quimio, que previene náuseas, vómitos, diarrea, que permiten un tratamiento mejor para el paciente. En la Unidad las nurses están preparadas para atender al paciente oncológico. Hago encuestas en COMEPA donde se le pregunta al paciente grado de satisfacción con: el médico, la enfermera, la calidad de la asistencia, la quimioterapia e incluso la higiene. La máxima satisfacción la tienen con las nurses, que son que más tiempo pasan con ellos.

#### **¿Y cuál es su mayor satisfacción personal?**

Vivir de lo que me gusta. Y dentro de la oncología lo mío es lo asistencial. Fue 8 años la presidenta de la Asociación Médica de Paysandú y secretaria ejecutiva de COMEPA por 4 años, pero lo mío es el contacto con la gente. No tengo apuro. Le dedico tiempo al paciente.

#### **¿Complementa el trabajo con alguna otra actividad?**

Soy una gran cocinera y lo hago muy bien (ríe). En casa no se comen otras pastas que no sean las que yo hago. Soy muy "abuelera", tengo 3 nietas y a fines del 2012 llego el cuarto; un varón. Hace 36 años que voy a la misma gimnasia, jugué tenis y hago aparatos para mejorar la musculatura. También hice ballet. Entre semana camino por la rambla de Paysandú y el fin de semana por la de Montevideo. Amo el mar. En Octubre de 2013 tuve el orgullo de ser elegida por mis Pares Presidenta de la SOMPU (Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay). Actualmente me encuentro avocada a la organización del XIII Congreso Uruguayo de Oncología Médica.

#### **Está en permanente actividad.**

Mis hijos 2 varones y una mujer, no son médicos, dos son analistas de sistema y uno ingeniero químico, me dicen: "mamá vos sos lo que ahora se le dice a un niña muy inquieta: HIPERACTIVA". Creo que es un claro diagnóstico. Siempre estoy en movimiento.



**Lo mío es lo asistencial. No tengo apuro, le dedico tiempo al paciente."**

# “No hay un cáncer de pulmón, sino varios tipos”

**E**stá en pleno desarrollo la caracterización molecular y genética del cáncer de pulmón como elemento no solo de diagnóstico y de seguimiento sino también de selección de terapéuticas y de evaluación de resultados”, afirmó el Dr. Guillermo Carriquiry Profesor Titular de Cirugía Torácica.

## ¿Cómo fueron sus primeros contactos con la especialidad de cirujano?

Me recibí en el año 1982. Mi primera rotación como practicante interno titular fue en el Hospital Saint Bois en el servicio de cirugía de tórax. Fue una elección por descarte. Nadie quería ir al Saint Bois por la lejanía del lugar y la mala locomoción que tenía. Los más jóvenes no teníamos elección. Me tomaba el 174 de CUTCSA, que pasaba cada una hora y si lo perdía ... Fue muy importante mi experiencia allí. Tuve el primer contacto con la patología respiratoria y la cirugía torácica. El Internado lo hice en el Hospital Maciel. Allí me recibí. Por concurso obtuve el cargo de asistente y jefe de clínica en el Servicio del Prof. Celso Silva. En ese Servicio estaba el Profesor Agregado Dr. Bergalli quien hacía cirugía torácica. Cada vez que había un paciente con la patología me invitaba a ayudarlo. Esta etapa me marcó mucho en mi carrera. Integrantes del viejo servicio del Hospital Saint Bois me invitaron a empezar a ayudarlos en la actividad privada. Me casé en 1987 y dos años más tarde vuelvo a mi primer amor... “el Hospital Saint Bois”, como asistente de cirugía torácica en el Servicio que dirigía el Dr. Mario Brandolino.

## Otra vez yendo en el 174...

No esta vez en el “Fusca”, nuestro primer auto que compramos con Alicia (mi señora). Al poco tiempo de volver al Saint Bois vivo el quiebre más importante de mi carrera con la ida a Francia, al Servicio de Cirugía de Tórax del Hopital Xavier-Arnoz, en Bordeaux. Desde entonces mi carrera se orientó definitivamente hacia la cirugía torácica. En Bordeaux fui cautivado por el tema de Trasplante de Pulmón. En aquellos tiempos era como estar en contacto con



El Dr. Carriquiry junto a sus hijas.

una cirugía de otra galaxia que permitía a enfermos terminales pasar a tener una nueva vida. Recién se empezaba a hablar de Trasplante de Pulmón, un área muy compleja y fascinante y yo estaba en un centro internacional de primer nivel en la especialidad. En El Hospital de Bordeaux se operaban además 1 o 2 pacientes por cáncer de pulmón por día. Esto contrastaba con la baja frecuencia que tenía la cirugía en Uruguay.

## ¿Qué le aportó la experiencia de Francia?

Me permitió percibir la proyección de la cirugía torácica en el campo del trasplante de pulmón. En cirugía de la vía aérea conocí a uno de los cirujanos más importantes en el mundo como era el Profesor Couraud. Fue muy importante convivir con la modalidad de trabajo de un país tan desarrollado. Su estructura centralizada en un solo centro universitario y en un solo hospital con varios programas y líneas de trabajo era algo que no existía en el Uruguay de la década de los 90, ni tampoco aún en el presente. Tuve una tercera experiencia en el extranjero como fue la ida a EE.UU. y Canadá, que también me enriqueció. Me permitió ver tecnología muy avanzada y cómo funcionaban otros servicios. Son centros hospitalarios gigantescos con una disponibilidad de tecnología por encima, incluso, de la que hay en Francia.

## Y ya en Uruguay...

El Hospital Saint Bois trasladó el Servicio en el año 2000 al Hospital Maciel y en el 2005 asumí como encargado del mismo. Tratamos de empezar a plasmar las ideas que vimos en el extranjero y que eran posibles de aplicar



**En términos de políticas de salud, es más redituable que alguien perfeccione su formación en el exterior y luego la aplique en Uruguay que importar determinada tecnología puntual que podría ser subempleada.”**

en Uruguay. El Servicio ha dado pasos significativos no sólo desde el punto de vista académico. Se ha logrado aumentar el número de consulta y la productividad quirúrgica. Las cirugías de tórax pasaron de un número de 150 al año en el 2000 a más de 300 en el 2008. Las resecciones pulmonares pasaron de 15 al año en el 1998 a más de 45 en el 2008. Asimismo, se desarrolla la Cirugía Video Asistida con más de 80 al año. Recientemente el directorio de ASSE resolvió crear el Servicio de Cirugía Torácica que funcionará en el Maciel y que buscará ser centro de referencia en la especialidad tanto para los pacientes agudos como crónicos. Son avances muy importantes.

#### **¿Cuáles nuevos pasos son necesarios dar para un mayor desarrollo de la cirugía torácica?**

Estoy en constante contacto con los centros de investigación y los nuevos conocimientos. La tecnología, como puede ser la robótica, siempre deslumbra. Pero pensando en Uruguay, no estoy seguro que los avances tengan que llegar por este camino. Lo que tenemos que fortalecer en Uruguay es la organización de los servicios. En términos de políticas de salud, es más redituable que alguien perfeccione su formación en el exterior y luego la aplique y difunda en el Uruguay que importar determinada tecnología puntual que terminara por ser subempleada. Es necesario ir hacia un proceso de centralización de la cirugía torácica, que por definición es compleja y de alta morbilidad. Por estas razones tiene que ser realizada en centros especializados, con la mayor experiencia e infraestructura. No debería haber un servicio de cirugía de tórax en cada Hospital. Lo ideal sería manejar todos los enfermos en el menor número de centros posibles especializados. Que funcionen con comité de oncología torácica, integrado por oncólogos, clínicos, radio-terapeutas, cirujanos, imagenólogos, neumólogos, endoscopistas y donde se discutan los planes de tratamiento y la problemática del paciente. De esa forma se darían resultados muy superiores. En este sentido la creación del comité de tumores fue un gran paso aunque aún no existe la mecanización en el trabajo. Es un objetivo que se va a lograr.

#### **¿Y en cuánto a los tratamientos del cáncer de pulmón que pasos se han dado?**

Se está avanzando en muchos aspectos. Sigue siendo uno de los cánceres con mayor mortalidad y de mayor frecuencia, debido a diferentes factores. Uno es el diagnóstico tardío. Habitualmente se llega al diagnóstico en etapas avanzadas. Es muy distinto operar en estadio I -donde se logran sobrevida de 5 años por encima del 70% y en algunas series superiores al 90%- que tratar a un paciente muy avanzado donde la sobrevida a 5 años es prácticamente nula. Hay un tema de captación del paciente en etapas útiles para el tratamiento.

#### **Pero hay quienes afirman que el cáncer es una enfermedad crónica.**

Lo es.

#### **¿Es posible pensar en la cura?**

Muchas veces no curamos la enfermedad, la hacemos crónica. Nadie cura la hipertensión, el asma, la diabetes... . Apuntamos al control en la cronicidad. Con el cáncer de a poco se está llegando a esa situación. Se llega a un estado de equilibrio entre la enfermedad y el estado del paciente por el cual la sobrevida es prolongada y la calidad de vida es buena. Pero ello a condición que la enfermedad se diagnostique en etapas tempranas.

#### **¿Y en Pulmón?**

El cáncer de pulmón antes era una enfermedad absolutamente letal. Hoy en día hay tasas significativas de sobrevida prolongada con buena calidad de vida. Aún no tenemos los resultados de tumores que hay en otros sectores del organismo. Tenemos que enfatizar la prevención, el diagnóstico temprano y la rápida derivación a equipos especializados.

#### **Nos dirigimos hacia una Medicina Personalizada...**

Ha cambiado el genio evolutivo del cáncer de pulmón. Cada vez hay más intentos de caracterizar el cáncer no solo desde el punto de vista de su anatomía patológica, sino también de su comportamiento biológico y de su marcación con distintos perfiles genéticos o marcadores tumorales. Uno habla del cáncer de pulmón cuando en realidad son varios tipos de cánceres. Hay muchas variantes con muchas respuestas distintas a los tratamientos y modalidades evolutivas diferentes. Estamos en un momento crucial de la biología del cáncer de pulmón. Se parece en mucho a lo que sucedió 20 años antes en el cáncer de mama. Está en pleno desarrollo la caracterización molecular y genética del cáncer de pulmón como elemento no solo de diagnóstica y de seguimiento sino también de selección de terapéuticas y de evaluación de resultados. Cada vez más hay un perfil de integración de las distintas disciplinas que lo tratan y las distintas modalidades de tratamiento se intrican en secuencias distintas.

#### **Se logra sobrevida pero... ¿con calidad de vida?**

Se está dando la sobrevida más prolongada y con mejor calidad de vida. Los tratamientos de la enfermedad son más focalizados. Incluso, los tratamientos agresivos son mejor tolerados. En el caso de la cirugía porque han progresado mucho las técnicas y las medidas de manejo post operatorio. Asimismo, las quimioterapias son más específicas y la radioterapia más dirigida, lo que genera menos efectos secundarios. Así se logra tener una calidad de vida muy superior. Los beneficios para el paciente son claros.



## Una doctora con arte

***Benedicta Caserta cursó sus estudios en el liceo de Cardona "Dr. Justo Rodríguez" y se trasladó a la capital a seguir su carrera universitaria. Hoy es una médica apasionada de la anatomía patológica que encuentra en el arte de trabajar el barro y el manejo de la técnica de la cerámica un retorno a sus orígenes. "Tal vez, la disciplina en la observación sea el punto común que tiene la anatomía patológica con el arte de reconstruir objetos en barro", puntualiza.***

Caserta es una reconocida anatómo patóloga, ex Grado III, responsable del Departamento de Anatomía Patológica y Citología del Hospital de la Mujer "Dra Paulina Luisa" del Centro Hospitalario Pereira Rossell, y Jefa de la Sección de Prevención de cáncer de cuello uterino en el Centro de Salud Enrique Claveaux de la Red de Atención Primaria (RAP). Benedicta es hija de un inmigrante italiano arribado al Uruguay desde Piraino, Sicilia, en 1955. Está casada con un médico y es madre de una hija.

### ¿Qué destacaría de su trabajo?

El desarrollo de la inmunohistoquímica y de las técnicas moleculares fueron y son grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer, caracterizando las enfermedades a nivel genético; y el uso de anticuerpos es hoy de uso habitual tanto para diagnóstico como para evaluar factores pronósticos y de uso en la investigación. Esto ha dado mayor protagonismo y una mayor dinámica y funcionalidad a la Anatomía Patológica, especialidad imprescindible en todo proyecto o encare multidisciplinario de la medicina clínica actual.

### ¿Y cómo empezó a buscar otras actividades más allá de lo laboral?

Siempre me gustó realizar actividades manuales, era buena dibujando y pintando, inclinación que compartía con mi padrino Carlos Zabala y con el profesor de dibujo Carbajal en el Liceo de Cardona. Hace dos años empecé a aprender cerámica en el taller de Mercedes González, donde llegué por sugerencia de la también patóloga y ceramista Dra Mariana Rosasco. Ambas decidimos hacer algo fuera de la medicina.

La Dra. Benedicta Caserta realizó su primera muestra individual en el Museo Nacional de Antropología y en ella volvió a sus orígenes: los zapatos. En esta muestra, que denominó "Caminando", transmite las vivencias de una niña que creció en la ciudad de Cardona, en la zapatería de su padre, quien realizaba confección y compostura de zapatos como una actividad familiar. Esta muestra está como exposición permanente en el marco de los Oficios que se exponen allí.

### ¿Hay algo en común entre la cerámica y su profesión?

Tal vez la capacidad y disciplina en la observación sea el punto común que tiene la anatomía patológica con el arte de reconstruir objetos en barro. Siempre tuve una gran capacidad de observación y de concentración. Miraba cada detalle de las tareas en el taller de mi padre. También pasaba horas realizando manualidades, en una época donde se leía mucho y se contemplaba más. Aprendí el arte de trabajar el barro. Empecé a manejar las técnicas de la cerámica aprendiendo a hacer objetos utilitarios tales como platos, jarras, jarrones, luego esculturas e incluso murales los cuales son una de mis inclinaciones actuales. En el año 2010 participé en muestras colectivas del citado Taller, en abril en la sala Enrique Fynn de OSE, y en el Museo Nacional de Antropología con la muestra denominada "Ollas".

### ¿Y por qué eligió zapatos como objeto de su arte?

Un zapato nos puede decir mucho de la persona que los usa. Me imaginé a cada propietario del zapato que creaba en barro.

"Isabelino es un paisano fuerte y rudo", dice en parte de su presentación donde muestra una bota gauchesca hecha totalmente de cerámica. "Gertrudis está cansada. Tantos años de trabajo le han quedado grabado en los pies, lo muestran sus juanetes marcados incluso en el cuero de sus zapatos", dice otro texto que acompaña la foto de un zapato femenino.

Si alguien quisiera imaginarse a la persona que calza los zapatos de la doctora Caserta podría pensar: "Benedicta es una gran observadora, que tiene en su familia la incondicionalidad, en la medicina su elección de vida profesional, en la anatomía patológica su pasión y en el contacto creativo con el barro un camino hacia sus orígenes y lo más íntimo y profundo de su personalidad".

DR. JULIO CARZOGLIO

## “En Uruguay somos individualistas”

**E**l doctor Julio Carzoglio recorrió distintos caminos en la medicina, desde la clínica médica a la técnica de circulación extracorpórea en un equipo de cirugía cardíaca y la especialidad de anatomía patológica. Atrás quedaron otras vocaciones que pudieron ser ... como la arquitectura o incluso la aviación. Hoy Carzoglio es Titular de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología.

El Dr. Julio Carzoglio remarcó los avances en la biomedicina y enfatizó que el advenimiento de los blancos moleculares se perfila como la terapia oncológica más precisa en el tratamiento del cáncer. Subraya la necesidad cada vez más evidente de incorporar al biólogo molecular en el equipo técnico del Laboratorio para complementar los hallazgos del anátomo-patólogo en el estudio integral de las neoplasias.

### ¿Cuál ha sido el salto cualitativo de la especialidad?

Es evidente que estamos cada vez más interrelacionados con las áreas de la biología y genética moleculares. Los anátomo-patólogos estamos siendo convocados cada vez más frecuentemente por grupos de trabajo de biología molecular. Un ejemplo personal es el relacionamiento con el Laboratorio de Oncología Básica de Facultad de Medicina, que lidera el Prof. Dr. Eduardo Osinaga. Ya hemos estudiado y publicado resultados de algunos anticuerpos elaborados en el Laboratorio de Inmunobiología de ese departamento en casos de cáncer de mama que diagnosticamos hace un tiempo y de los que conocemos su evolución debido al seguimiento que el Dr. Mate realiza de su casuística. Actualmente estamos involucrados en otra línea de trabajo que explora vías moleculares similares.

### En el estudio de las enfermedades ¿hubo avances significativos?

La terapia oncológica convencional no tiene un blanco terapéutico dirigido. Eso hace que existan repercusiones tanto en tejidos neoplásicos como en tejidos sanos. En las últimas dos o tres décadas los nuevos conocimientos permitieron identificar algunos receptores de membrana en las células tumorales, cuya activación estimula la proliferación celular. La terapia está evolucionando no sólo en la línea de eliminar a las células neoplásicas (mo-



Dr. Julio Carzoglio.

tivo central de la terapia clásica) sino también en disminuir aquellos elementos que contribuyen al crecimiento del tumor. Es el caso, por ejemplo, de la vascularización que el propio tumor estimula en el huésped para su crecimiento. Se ha logrado la identificación de algunos receptores y sustancias cuyo bloqueo posibilita una terapia oncológica dirigida más precisamente al blanco tisular menester. La identificación de estos blancos moleculares permiten la utilización de algunos anticuerpos monoclonales como son el Trastuzumab (Herceptin) y el Bevacizumab (Avastin) de reciente incorporación en el tratamiento oncológico en nuestro país.

### Los avances ¿los encontramos sólo por el lado de la tecnología aplicada a la ciencia?

De cada información de un tumor el anátomo patólogo trata con las técnicas convencionales de identificar algunos factores pronósticos. También nos apoyamos en los avances médicos y como señalé hoy estamos muy vinculados con las nuevas tecnologías, la biomedicina y la genética molecular. Pero hay espacios para avanzar en lo que se refiere a distribución de recursos humanos, en la organización del equipo que trabaja junto al anátomo-patólogo.

### ¿Por ejemplo?

En factores que no dependen de la tecnología. En los laboratorios de Uruguay no está la figura del biólogo molecular. Brasil avanzó mucho en este sentido. Por mi actividad me vinculé en Brasil al Servicio de Patología Buco-máximo-facial de la Universidad del Estado de San Pablo en Piracicaba, dirigido por el Prof. Dr. Oslei Paes de Almeida. Este grupo ha logrado consolidar un equipo de estudio e investigación de primer nivel, asimilable a los del



**Mi idea inicial era hacer medicina interna porque es la esencia de la medicina, es la medicina con mayúscula.”**

primer mundo, pero a solo 2 horas y media de avión de Montevideo. Allí el anatómo patólogo aplica todas las técnicas convencionales necesarias para el diagnóstico histopatológico, pero dentro del propio Servicio está el biólogo molecular y el clínico. Entre los 3 se elabora el diagnóstico y se plantean las mejores estrategias de tratamiento. Hay una gran interrelación entre los distintos especialistas. En Brasil existe una mentalidad de trabajo diferente a la de Uruguay, más proclive al trabajo compartido. En nuestro país, los médicos tendemos a ser individualistas.

#### **En su caso, ¿cómo llega a la medicina?**

Mi abuelo fue médico, urólogo, pero lo recuerdo más por su actividad política. Cuando era niño pensaba que iba a ser aviador. Seguramente la muerte del padre de un amigo -aviador de la Fuerza Aérea- como consecuencia de un accidente aéreo, me hizo reflexionar. Descarté ser piloto. Posteriormente surgieron otras posibles vocaciones: la arquitectura fue la que se planteó como alternativa más fuerte pero finalmente opté por la medicina.

#### **¿Qué recorrido hizo dentro de la carrera?**

Mi idea inicial era hacer medicina interna, porque es la esencia de la medicina, es la medicina con mayúscula. Cuando me recibí empecé a hacer clínica, tenía el consultorio lleno de pacientes. Logré una buena relación y comunicación con los mismos. Cuando me recibí de médico en 1975 estaba casado y mi señora también estudiaba medicina. Conformamos una familia con tres hijos. Fuimos buscando distintas alternativas para lograr solventar el presupuesto del hogar. La medicina es tremendamente amplia es sus posibilidades vocacionales al igual que el ser humano como tal. Así comencé un recorrido que me llevó a explorar distintas áreas de la medicina.

#### **¿Se refiere a varias especialidades?**

Próximo a mi graduación surge una invitación a entrar en un equipo de cirugía cardíaca, específicamente en el área de sostén circulatorio intraoperatorio. Allí me entrené en la técnica de circulación extracorpórea. La misma apunta a mantener la circulación del paciente en forma artificial durante el tiempo de paro hipotérmico. Durante 21 años integré un equipo de trabajo vinculado a esta especialidad. Simultáneamente fue necesario hacer el post-grado de Cardiología que cursé durante casi dos años, cumpliendo con el trabajo del primer año y con la monografía del segundo año que la Escuela de Graduados exigía en aquel momento.

Unos meses antes de dar la prueba final del post-grado de Cardiología, por allá por 1978 o comienzos del 79 habiendo completado los 3 años como Ayudante de Clase de Anatomía Patológica, el Profesor de la Cátedra Dr. Alejandro Mautone, quien conocía que tenía una familia constituida con dos hijos chicos y otro en camino, me planteó una interrogante que cam-

bió mi futuro: “¿Dónde pensás vos que vas a poder tener mayores posibilidades laborales: entre 400 cardiólogos o entre 50 patólogos?”. Me lo planteó muy claro y me motivó a dar el Concurso de Oposición y Méritos del Grado II de Anatomía Patológica.

#### **Fue un momento clave de su carrera**

Realmente me hizo reflexionar. Mi mayor interés dentro de mi profesión era la clínica pero la cardiología, si bien es una especialidad clínica, es muy técnica. A su vez, estaba focalizado en una técnica – circulación extracorpórea- sin contacto personal con el paciente. “Este hombre tiene razón”, pensé. Empecé a hacerme un lugar en la Anatomía. Di el Grado II y lo aprobé y comencé a trabajar en el Hospital Pasteur. Finalmente opté por la Anatomía Patológica y abandoné la Cardiología en el Clínicas aunque me mantuve trabajando en el equipo que aplicaba la técnica de sostén circulatorio extracorporeal. Era un sustento económico indispensable para cubrir el presupuesto familiar.

#### **Definitivamente se focalizó en la anatomía patológica**

Empecé a dedicar mi impulso vital, mi tiempo a la Anatomía Patológica y comencé a crecer. Durante tres años estuve como Grado II en el Hospital Pasteur. Luego el profesor del Hospital de Clínicas, en ese momento el Prof. Dr. Oscar De Stéfani me sugirió presentarme a un llamado de Grado III en Anatomía Patológica, que gané y ejercí 4 años. También me especialicé en el exterior. Realicé una beca en Tokio estudiando Patología Gastro- Enterológica a través de una Beca otorgada por JICA (Japan International Cooperation Agency). Enfocado totalmente a la especialización de anatómo-patólogo fui invitado por el Dr. De Stéfani a participar en su Laboratorio privado. Hoy estoy totalmente perfilado a la anatomía patológica. Mantengo -aunque en el momento actual un poco menos activamente- un hobby, como la pintura. Con un grupo de amigos constituimos hace unos 15 años un taller llamado “Trazos” en el cual hicimos al menos 3 exposiciones, que resultaron experiencias novedosas para mí. En 1992 envié un par de obras al llamado que periódicamente realiza el Sindicato Médico del Uruguay cerca de fin de año para pintura, cerámica y escultura y allí me otorgaron un 2º premio en uno de los trabajos presentados. Persiste la interrogante de “como me habría ido de arquitecto”, profesión que también me atraía. De alguna manera una tendencia “conceptual y constructivista” en la obra realizada posiblemente se vincule a esa vocación no realizada. De todas formas junto a mi señora construí una familia integrada por tres hijos con vocaciones tan distintas como: medicina, comunicaciones y ciencias económicas. Uno de ellos tiene una veta artística clara, pero esencialmente orientada a la música. Es el caso de mi hijo menor que se licenció en Comunicaciones.

## “La batalla contra el cáncer será ganada”

**N**o es frecuente que a los 10 años un niño proyecte su futuro profesional con determinación. La Dra. Lilián Díaz, en quinto grado de escuela, había decidido que dedicaría su vida “a curar enfermos”, la forma más básica de definir la medicina. La doctora Díaz, que se define como “biológicamente optimista”. Asegura que “la batalla contra el cáncer será ganada y que, en Uruguay, los hitos más importantes en el campo de la hematología-oncológica se producirán de la mano del acceso a los tratamientos de primer nivel por parte de la población afectada”.

### ¿Cómo califica los avances que se han registrado en el campo de la hematología en los últimos años?

Los cambios han sido realmente importantes. Se han registrado avances tanto en la parte diagnóstica como en la terapéutica. A nivel de diagnóstica se han incorporado nuevas técnicas, como lo son la citometría de flujo, las técnicas de inmunohistoquímica y la biología molecular que permite, incluso, hacer un tratamiento con blancos moleculares, como son los inhibidores de la tirosinquinasa, en la leucemia mieloide crónica, y el uso de anticuerpos monoclonales en los síndromes linfoproliferativos, que han cambiado mucho el pronóstico, la sobrevida y la sobrevida libre de enfermedad. También se ha avanzado en materia de trasplantes de progenitores hematopoyéticos, cuya técnica se introdujo en Uruguay en el año 1985 a través del equipo que dirigía el Profesor Roberto de Bellis.

### ¿Cómo se traducen estos avances para el paciente?

Hoy el paciente recibe un diagnóstico más preciso de la enfermedad hemato-oncológica que padece. A través de nuevas técnicas de laboratorio se consigue un seguimiento más exhaustivo, lo que permite definir con claridad si el paciente está en una remisión molecular completa. Así, existen muchas más chances de curar enfermedades que antes no se podían plantear como enfermedades curables.



Dra. Lilián Díaz, Profesora de la Cátedra de Hematología de la Facultad de Medicina.

### ¿Cuáles son los avances más importantes que en el campo de la hematología se podrían producir a corto plazo?

Esos hitos los asocio con la introducción de nuevos fármacos para el acceso completo de la población afectada. Es un honor para Uruguay que mucha de la medicación para enfermedades hemato-oncológicas, que es altamente costosa, esté en la actualidad bajo cobertura del Fondo Nacional de Recursos. Un ejemplo son los medicamentos biológicos, como el Rituximab, que se utiliza para el tratamiento de determinados tipos de linfomas no hodgkinianos. A mi juicio lo percibo como un hito que toda la población afectada pueda acceder a tratamientos de primer nivel, tanto a nivel de mutualistas (privadas) como de Salud Pública. Estamos tratando a través de la Sociedad de Hematología y de la Cátedra de Hematología que los accesos a nuevos fármacos se amplíen a otras afecciones, por ejemplo para la leucemia linfocítica crónica, para el mieloma múltiple y las aplasias medulares.

### ¿Alguna vez se podrá vencer el cáncer?

Sí, llegará el momento en que venceremos el cáncer. En muchas enfermedades oncológicas se logran curaciones. Por ejemplo, para la leucemia mieloide crónica antes se decía que la única opción curativa era el trasplante alogénico de médula ósea. Ahora sabemos que con la utilización de los in-



**La introducción de nuevos fármacos para el acceso completo de la población afectada es uno de los grandes avances en el campo de la hematología.”**

hibidores de la tirosinquinasa, como es el mesilato de imatinib, es posible lograr remisiones moleculares completas. Todavía queda por ver cuán duraderas son estas remisiones. Como en todas estas afecciones, cobra importancia la prevención, la consulta precoz, por ejemplo ante la aparición de un síndrome tumoral en cuello. Algunos profesionales sostienen que el cáncer jamás podrá curarse, pero que será una enfermedad crónica... Esta afirmación no la comparto. En la actualidad uno está observando si es posible a través de nuevas técnicas como lo es el PET disminuir las dosis de quimioterapia, la cantidad de ciclos, incluso también de radioterapia, para no asistir a segundas neoplasias. Una de las enfermedades que siempre se cita como ejemplo de curación es la enfermedad de Hodgkin, para la cual se logran porcentajes de curaciones muy importantes, teniendo en cuenta que sus picos de incidencia se dan en pacientes jóvenes. Antes, cuando un médico se enfrentaba a un paciente joven con Linfoma de Hodgkin su preocupación era curarlo. Ahora, si bien esa sigue siendo la preocupación principal, la introducción de nuevas técnicas originó que otro reto sea que esa persona que se curó pueda tener una calidad de vida plena, igual a la de una persona que no tuvo esa afección oncológica. Por ejemplo, en la actualidad uno se puede dedicar a lograr que esa persona pueda procrear, cosa que muchas veces los tratamientos no lo permitían.

**Usted brinda un panorama alentador...**

...Y tiene que ser así. Soy biológicamente optimista. Para seguir adelante en esta especialidad es importante tener presente los pacientes que evolucionaron bien.

**¿Dedica horas al campo de la investigación?**

Estoy formando parte de algunos protocolos de investigación. Uno de ellos es el protocolo PRIMA, que trata de estudiar el impacto del tratamiento de mantenimiento con el anticuerpo monoclonal Rituximab en los linfomas no hodgkinianos foliculares. Adicionalmente, como lo expresé, formamos parte del proyecto de terapia celular que contó con el asesoramiento de dos expertos extranjeros, el Prof. Dr. Joan García López de España, y el Prof. Dr. Flavio Salazar, de Chile.

**¿Cómo estamos en el campo de la hematología comparándonos con países de la región?**

Estamos muy bien, incluso con respecto a los países de primer mundo. Los protocolos que utilizamos, por ejemplo los vinculados a la quimioterapia, son internacionales. Por ello, y lo recalco, será importante que todas los tratamientos que son costosos y que actualmente no pueden ser asumidos por las mutualistas terminen siendo incorporados por el Fondo. Se trata de un paso que será crucial para obtener mejores resultados en el campo de la hematología.

# 50 AÑOS en Oncología



## El cáncer en la mira de un “caza”



“Con 19 años estaba decidido a entrar a la Facultad de Medicina pero en el año 1974, por las circunstancias políticas del momento, estaba cerrada. Decidí no perder el año y realizar algo que me gustara como era aviador militar. Así comencé la carrera de Oficial de la Fuerza Aérea en la Escuela Militar Aeronáutica un régimen de internado que duró cuatro años”, recordó Lagomarsino quien hoy es coronel (AV).

En el año 1978 Roberto Lagomarsino se recibió de oficial. Volaba un A37, un avión de combate de la Fuerza Aérea Uruguaya. Los ejercicios comprendían maniobras arriesgadas como tácticas de bajo vuelo, maniobras conjuntas con otros aviones a velocidades que se aproximaban a los 700 kilómetros por hora. Era adrelanina pura pero con método, con enseñanza, aunque el riesgo siempre existe. No hay piloto que no haya tenido emergencias de vuelo. Es parte de la profesión...”, remarcó el militar. En las paredes de la oficina de Lagomarsino se pueden apreciar fotos suyas piloteando el caza y de distintos pasajes de su carrera militar. “En el 86 hice un curso en Panamá en la base ‘Albrook Air Force’ de Estados Unidos. Al finalizar el mismo fui instructor de oficiales guatemaltecos, colombianos, hondureños, entre otros. La medicina no estaba en mi mira, realmente me había olvidado de ella. En Panamá estuve más de un año. Volví en 1987 y allí cobró fuerza la idea de cursar la carrera de medicina. Tenía 31 años y me inicié con la generación del ‘87. De día trabajaba en la Fuerza Aérea y de noche asistía a Facultad. Me recibí con mi generación en el año 1995”, recordó el oncólogo. Lagomarsino dice sentir hoy un equilibrio entre ambas carreras. “Soy coronel, Director del Servicio de Sanidad de la Fuerza Aérea Uruguaya y desempeño tareas en el Hospital Militar como Jefe del Servicio de Oncología. Incluso, en los últimos años he combinado con mayor énfasis la carrera de médico y la de militar, especializándome en seguridad de vuelo y en Medicina Aeronáutica. En un avión sin presurización que vuela a 20.000 pies hay trastornos vinculados a la falta de oxígeno en los tejidos, al equilibrio, al volumen y presión de los gases en el organismo”, aseguró el coronel (AV)”.  
.....



## África celeste

DESPUÉS DE LA CONSULTA / Dr. Eduardo Lasalvia

Viajero de larga data, el oncólogo Eduardo Lasalvia decidió ir al Mundial de Sudáfrica y participar de un espectáculo único, así como en otras oportunidades se dirigió a Buenos Aires, Las Vegas o a Broadway para presenciar una obra de teatro.

“El Mundial es un espectáculo por sí solo. Tanto para los sudafricanos como para las delegaciones de turistas el encuentro deportivo es una hermosa excusa para confraternizar entre personas de diferentes naciones. El colorido que el pueblo sudafricano le dio al Mundial fue captado por los hinchas de todos los países. No hubo ningún incidente. Cuando los sudafricanos perdieron 3 a 0 con Uruguay se acercaban y nos felicitaban. Viven el fútbol diferente a nosotros. Son conscientes que van a un espectáculo. Se visten, embanderan, se preparan para una fiesta. No lo sufren, salen cantando a la cancha”, remarcó Lasalvia.

Lasalvia tiene varios viajes como mochilero. Diez años atrás había estado en Sudáfrica. “Hubo notables avances en la seguridad, sobre todo en ciudades como Johannesburgo. Además de la infraestructura montada en estadios, se nota un modernismo en las ciudades. Pero Sudáfrica sigue siendo un país de enormes contrastes. Siguen existiendo lugares donde predominantemente viven los blancos y otros donde habitan las personas de raza negra. Nunca vi parejas de negros y blancos de la mano. Sin dudas han hecho notables avances en lo social pero aún falta. En lo político han logrado la integración. El legado de Nelson Mandela marcó un claro camino. Negros, blancos, distintas tribus, todos están representados. Llama la atención la limpieza de las ciudades. Soweto, el “township”, es un barrio periférico a la ciudad donde viven 3 millones de negros y unos pocos blancos vinculados a obras de caridad o de religión.. Allí los baños son compartidos, el agua potable se saca de canillas públicas y no hay electricidad. Sin embargo la higiene de las calles y de las personas llama la atención”.



DR. ALVARO LUONGO

# Vamos hacia un tratamiento “a medida”

**A**lgún seguidor de las “19 Capitales” seguramente conozca al Dr. Alvaro Luongo de recorrer las distintas rutas del País en uno de sus modelos DKW. Pero Luongo abrazó también la carrera de medicina con pasión y la recorrió por distintos caminos sea como físico médico, oncólogo o radio terapeuta.

## ¿Fue sencilla la elección de ser médico?

Tenía una clara vocación por las ciencias. En preparatorios se hacían estudios de test vocacional y los resultados indicaban que tenía facilidad para las matemáticas y la física y dificultades con las letras. Era razonable, en realidad era portador de una dislexia y en aquel momento no se identificaba como una patología.

## Y dentro de las ciencias ¿no dudó en seguir medicina?

No tuve dudas pero el año que me correspondía ingresar a la Facultad de Medicina se reguló que no se podían entrar con materias previas. Me había quedado una materia y no tenía la chance de ingresar. En contra partida, la Facultad de Medicina creo una asignatura para recibir a estudiantes que habían quedado “colgados” todo un año por una materia. Se le denominó el “curso pre médico”. El mismo, marcó las pautas de mi futuro en la carrera de medicina. Estamos hablando del año 1962.

## ¿Fue tan importante la incidencia de ese curso en su carrera profesional?

Ese curso se focalizó en el estudio de la biología, biofísica y bioquímica. Sobre todo hizo hincapié en la biología, que recién años más tarde, con los nuevos planes de estudio, comenzó a jerarquizarse en la Facultad. Ingresé al departamento de biofísica dos años antes de lo que era curricularmente. Allí tuve varios referentes. Entre otros a Ulises Gelós, grado IV y al Dr. Pablo Carlevaro, quien luego fue profesor en biofísica y Decano de la Facultad. Ellos fueron quienes me introdujeron en la investigación científica y me catapultaron dentro de la biofísica y la física ligada a la clínica. Terminé primero mi formación como biofísico y físico médico que como médico.

## ¿Existía la posibilidad de estudiar Física Médica en Uruguay?

No, en Uruguay no existía la licenciatura de Física Médica. Soy uno de los



El Dr. Alvaro Luongo acompañó su carrera de médico junto a su pasión por los autos clásicos.

promotores para que ello suceda. Hace 10 años que estamos luchando para que se conforme la licenciatura de física médica que comenzó hace aproximadamente dos años. Aún hoy no han egresado los primeros licenciados en Física Médica formados en Uruguay.

## ¿Dónde estudió?

Fui uno de los primeros grupos de latinoamericanos que se formaron en Estados Unidos y en Viena. Finalmente el título lo obtuve en Brasil. Corrían los años '70 y recién empezaban los aceleradores lineales. En Uruguay teníamos instalado un Betatrón que era un desafío para la época. Conformé el grupo fundador de la Asociación Brasileira de Físicos Médicos hoy integrada por miles de profesionales. En Uruguay fue el primero en tener el título de físico médico.

## Una vez recibido. ¿Comenzó a trabajar como biomédico en Brasil?

Uruguay vivía un proceso de dictadura en la cual había mucha gente que tenía categoría C y no tenía posibilidad ninguna de trabajar de su profesión. Brasil también atravesaba un proceso no democrático pero tuvo la inteligencia de absorber a todos los que Uruguay echaba. Trabajé muchos años en Brasil y estoy muy identificado con ese país. Soy ex docente de la Universidad de Río Grande del Sur donde fui docente de biofísica. En el presente asesoro a institutos del sur de Brasil en física médica y radioterapia.

## Y la carrera de médico...

Sabía que en Uruguay no iba a ser posible mantener una familia con el trabajo de físico médico. Decidí recibirme de médico y era clara mi inclinación a la radioterapia.

## Encontró fuertes lazos entre la radioterapia y la biofísica.

La radioterapia necesita una formación sólida en física y en biología y sin



**Siempre les digo a los oncólogos médicos que nadie puede pensar en la radioterapia aislada, en la cirugía aislada, sino formando parte de un conjunto en el tratamiento óptimo.”**

ellas le faltan los basamentos básicos. Un radioterapeuta tiene que tener una muy buena formación en física.

#### **Ya como médico dónde trabajó...**

Comencé a trabajar en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA). Me encargaba de la física médica del Batatrón. Fue el primer acelerador de electrones que se instaló en el hemisferio sur. Fue una visión del Dr. Alfonso Frangella quien fue director del INCA. Hace más de 40 años que ingresé al INCA donde viví diferentes realidades. Tanto en dictadura como en democracia hubo autoridades de turno que me removieron irregularmente de mis responsabilidades. Hoy soy el director del INCA. En la Facultad de Medicina fui Docente Grado II, cargo que gané por concurso. Durante la dictadura tuve que renunciar. Al retorno de la democracia ocupé el cargo de profesor agregado el cual ejercí hasta mi jubilación. Estuve a cargo de la Cátedra durante muchos años, ya que el Grado V de la misma era el Dr. Tabaré Vázquez, quien debió dejarla primero por su responsabilidad como Intendente y luego por la de Presidente. Junto con el Dr. Miguel Torres alternábamos la dirección de la Cátedra. También soy socio de la Clínica COR.

#### **Usted es también oncólogo ...**

En Uruguay no había título de oncólogo. Fuimos ocho los firmantes para crear la carrera de oncología médica. En la práctica había varios médicos que desde hace años hacían oncología y por ello obtuvimos el título por competencia notoria.

#### **Cómo ve integrada las distintas especialidades en las que usted interactúa.**

Siempre les digo a los oncólogos médicos que nadie puede pensar en la radioterapia aislada, en la cirugía aislada, sino formando parte de un conjunto en el tratamiento óptimo. Los oncólogos médicos deben saber de radioterapia y los radioterapeutas deben saber de oncología médica. Debería ser casi casi obligatorio el conocimiento sólido de especialidades tan hermanas.

#### **¿Cuáles son los deberes que Uruguay tiene en el tratamiento del cáncer?**

Se debe confeccionar el Banco Nacional de Tumores. Hay un Banco limitado en el Hospital Militar. Pero se necesita una historia clínica completísima de cada paciente que es portador del tumor. Estamos hablando de una red oncológica de todos los tumores no solo digestivo o algunos de mama como ya hay.

#### **Cómo médico físico, oncólogo, radioterapeuta. ¿Qué avances aprecia Ud. en la lucha contra el cáncer?**

Las radiaciones en el tratamiento oncológico siguen siendo las mismas. Estamos manejando radiaciones que conocíamos pero que no utilizábamos en nuestro arsenal terapéutico. Hemos cambiado la forma de admi-

nistrarlas, la utilización de las diferentes tipos de radiaciones, la forma de planificar y medirlas. La combinación de lo que es la forma que se distribuye la dosis y la entrega, lo que llamamos modular la dosis, tener blancos moleculares para los tratamientos radiantes. Esto trae cambios enormes en la concepción de un tratamiento y la posibilidad de blancos muy reducidos con protección de los órganos vecinos. Con mucho cariño a los oncólogos médicos los llamaba “venenólogos” pero ahora la oncología clínica está cambiando radicalmente, utilizándose los blancos biológicos específicos para cada enfermedad. Se aplican los tóxicos adecuados con la mínima toxicidad para el resto del organismo y la máxima a la patología tumoral. Esto significa un gran avance. Es una visión totalmente diferente a la oncología que nosotros iniciamos. Vamos hacia la medicina personalizada, un tratamiento individualizado para cada paciente. Cada paciente con su propio tratamiento de acuerdo a la genómica de su tumor. Al igual que los trajes de vestir, los tratamientos serán diseñados a la medida. Espero que la biología me permita vivir esas realidades.

#### **Hablando de biología. ¿Cuántos hijos tienen? Alguno siguió la carrera de médico.**

Tengo dos varones que son oncólogos- radioterapeutas, y dos mujeres, una que es abogada y trabaja en la Clínica COR y otra que estudio comunicación y trabaja en el exterior. También tengo seis nietos y alguno pinta para el estudio de la física médica

#### **Los genes tiran....**

Es más claro si apreciamos lo “fierros” que son mis hijos y algunos de mis nietos.

#### **¿Porque usted es amante de los autos?**

Me gustan los fierros, soy un apasionado de los autos clásicos. Compro autos hechos pedazos y los dejo tan nuevos como puedo. Tengo un taller mecánico propio. Soy apasionado de los motores de dos tiempos y de los autos DKW antecesor del Audi. Tengo varios autos de este modelo y corro con ellos en diferentes competencias. Mi mujer es mi co- piloto, lo que es más difícil que manejar.

#### **¿Tiene otros hobbies?**

También me gusta el campo donde tengo una pequeña chacra donde plantamos citrus.

#### **Son varias facetas...**

Sí y al igual que en mi vida profesional en la personal trato de convivir con todas ellas.

## “Vamos hacia una terapia personalizada”

**R**aúl Gabús integra una generación de hematólogos que vivenció grandes avances en el tratamiento de las enfermedades hemato-oncológicas por lo que no duda en afirmar que “hoy es posible hablar de cura” y que la tendencia es “ir hacia terapias personalizadas”.

### ¿Cómo llegó a la decisión de ser médico?

No hay antecedentes en la familia de médicos. Mi padre era bancario, mi madre profesora de labores, artesanías y manualidades en enseñanza primaria y además modista. Provengo de una típica familia de clase media. Me crié en el Parque Batlle, somos cuatro hermanos y ninguno siguió la carrera de medicina. Mi decisión profesional fue una innovación en la familia. En lo personal siempre dije que iba a ser médico, desde chico. Entraba a los sanatorios, a los hospitales y sentía cierta seducción hasta por los olores característicos que percibía.

### ¿Y su vínculo con hematología fue tan claro?

Comencé a hacer hematología en la época que en el Maciel no era posible tratar una leucemia aguda o realizar una quimioterapia relativamente intensa. Todo se derivaba a la Cátedra de Hematología porque no había posibilidades.

### ¿Tuvo una especialización en Francia?

Del año '90 al '92 realicé una residencia extranjera en hemato-oncología y trasplante de médula ósea en el Instituto Paoli-Calmettes de Marsella, junto al profesor Dominique Maraninchi, un referente y actual director del Instituto Nacional del Cáncer de Francia. Durante mi estadía en Francia, el Profesor Dighiero y el Profesor José Luis Pico que desde hacía mucho tiempo estaban radicados en Francia en el Instituto Pasteur y en el Hospital Gustave Roussy de Paris respectivamente, recibieron una propuesta del gobierno francés de instalar un centro público de médula ósea en Uruguay. Ellos propusieron mi nombre para realizar el proyecto y por supuesto acepté ya que era una idea que veníamos manejando junto al Dr. Enrique Bódega. Un centro de trasplante de médula debe realizarse en un Instituto de Medicina Altamente Especializado (IMAE) que debe ser auto-



Doctor Raúl Gabús.

rizado por el Fondo Nacional de Recursos. Al apoyo del gobierno francés se sumó la del doctor Gustavo Bogliaccini, quien dirigía el Hospital Maciel y ofreció una infraestructura adecuada para que funcione el centro. Retorné a Montevideo con el objetivo de desarrollar el centro de trasplante de médula ósea en el Servicio que dirigiría el Dr. Bódega.

### ¿Cómo evolucionó el centro?

Se empezó con una infraestructura mínima para lograr la aprobación y poder comenzar a funcionar. El centro evolucionó no sólo en su área edilicia. En el año 2000 se inauguró en el Maciel un nuevo Centro con una planta física apropiada para pacientes inmuno deprimidos y acondicionada para realizar trasplantes de médula con todas las condiciones de infraestructura. Se comenzó a ofrecer nuevos procedimientos diagnósticos en hemopatías malignas al incluir la citometría de flujo y la citogenética con la técnica del FISH (Hibridación Fluorescente in Situ). El Maciel junto con la Española fueron los dos primeros centros en realizar esa técnica en Uruguay. Así, se desarrolló un centro de investigación clínica bajo un convenio con la República de Francia.

### También hubo un avance notable en los tratamientos...

Tengo la suerte de pertenecer a una generación que vivenció grandes cambios en el tratamiento de las enfermedades hemato-oncológicas. El dinamismo que registra la hematología la hace una especialidad apasionante. Cuando comencé en los años '85 se aplicaba la quimioterapia es



**Es cierto que nos cuesta hablar de cura. Hablamos de remisiones completas o curas clínicas pero hoy en día apuntamos a la cura biológica.”**

táandar, luego se fueron adaptando tratamientos combinados, poliquimioterapia. El advenimiento de los anticuerpos monoclonales configura una estrategia terapéutica que realmente elevó los porcentajes de curación y de sobrevida en una forma muy significativa. Esto sucedió tanto en los tratamientos de linfomas como de las leucemias. Los medicamentos inteligentes, biodirigibles o blancos moleculares que apuntan a la alteración biomolecular específica han generado realmente beneficios.

#### **¿Hacia dónde se dirigen los próximos avances?**

El desarrollo del conocimiento científico no se detiene. En parte vamos hacia una terapia personalizada. El aumento del arsenal terapéutico en blancos moleculares va a provocar que la terapéutica no solo se oriente hacia una patología sino hacia un paciente con esa patología. Hay factores pronósticos, hay escalas y scores que posicionan a los pacientes de una misma patología bajo diferentes estrategias terapéuticas de acuerdo a lo que uno puede prever cómo va a evolucionar esa enfermedad. En hematología, hay enfermedades que en el momento no requieren tratamiento, hay otros que por su mal pronóstico exigen un tratamiento inmediato. En la medida que uno pueda saber o prever como va a evolucionar el paciente, vamos a poder afinar la terapéutica o darle la “oportunidad” de tratamiento debido. De pronto no es al principio de la enfermedad. Pueden pasar años para que el paciente comience a ser tratado. Recibirá tratamiento en el momento que su biología y la evolución natural de la enfermedad lo indique.

**Hay una mayor sobrevida, calidad de vida pero incluso ¿se puede hablar de cura?** Si de cura también. Es cierto que a los hematólogos y sobre todo a los oncólogos nos cuesta hablar de cura. Hablamos de remisiones completas o curas clínicas pero hoy en día apuntamos a la cura biológica.

#### **¿Pero hay pacientes curados cuando se habla de cáncer?**

Es claro que la cura de toda las hemopatías no se ha logrado. En ellos, si bien no logramos la curación, existen si remisiones completas que otorgan al paciente una calidad de vida saludable. Primero porque lo desvincula de la enfermedad por un largo tiempo. El prolongar la sobrevida libre de enfermedad es una meta muy válida cuando no se puede obtener la cura. Los anticuerpos monoclonales empezaron por la hematología pero ahora se han extendido al área oncológica en general con resultados realmente muy buenos. Hay que seguir insistiendo en la aplicación de los estudios de desarrollo científico biológico porque es cierto que el cáncer se sigue llevando muchas vidas.

#### **¿Hacia donde se dirige la investigación?**

Hacia la búsqueda de encontrar la alteración molecular que provoca la enfermedad. En algunas enfermedades se encontró la alteración

molecular que produce la proliferación de la célula maligna. Ese es el “click” que muchas veces nos permite pensar que se puede lograr la cura de la enfermedad hematológica u oncológica en general.

#### **¿Cuál es la realidad de la asistencia en Uruguay?**

Uruguay está bien posicionado en el tratamiento de las enfermedades hematológicas por varias razones. En primer lugar, tenemos un sistema que posibilita el tratamiento de todos los pacientes sin importar su condición económica a través del financiamiento del FNR de acuerdo a determinados protocolos. Así se puede hacer el trasplante de médula ósea para quien lo necesita y de la misma forma se están incorporando los tratamientos de alto costo de muchas hemopatías malignas. Todavía hay dificultades económicas de asumir algunos tratamientos. Los que no están financiados por el FNR es difícil que el sistema sanitario lo asuma porque son de alto costo. Lo importante es que el FNR está abierto a incorporar nuevas drogas una vez que esté estadísticamente demostrada la eficacia de la misma.

#### **Pero no hay diferencias en los diagnósticos entre Montevideo-Interior. ¿Porqué hay departamentos que no hay prácticamente registros de linfoma?**

Puede haber dificultades de llegar al diagnóstico en algunas áreas del interior o demora en los diagnósticos o sub diagnósticos pero esto no se da en forma tan marcada. Hay que considerar que hay departamentos que pueden aparecer estadísticamente con baja prevalencia de la enfermedad porque muchos pacientes se trasladan de su localidad a Montevideo para realizarse el tratamiento. Así por ejemplo, más del 50% de nuestros pacientes hematológicos en el Maciel son del Interior y tal vez figuren como casos de Montevideo.

#### **¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?**

Cuando lo tengo me gusta hacer deporte, correr. Corrí competencias de 10 km e incluso la media maratón de 21 km. Es un deporte que uno puede llevar encima, no importa donde esté. Salir a correr y conocer ciudades es una cosa que me causa placer.

#### **Y en su familia algunos de sus hijos tomaron por el lado de la medicina.**

El mayor de 25 años pensó en algún momento pero finalmente se decidió por la carrera de ingeniero químico. El menor de 21 años se perfiló para la educación física y es futbolista. Frecuentemente voy a verlo jugar. El tema es si un día juega contra Peñarol... mi cuadro.

#### **¿Y por quién gritaría?**

Soy hematólogo... la sangre tira (se ríe).



## “No podemos tirar la toalla”

A los 15 años Wilson Golomar ya había definido una de sus pasiones: el boxeo. Hoy con 54 años y una carrera reconocida en el campo de la oncología sube al ring con el mismo entusiasmo.



“El boxeo me ayudó a moldear el carácter, a combinar mente fría y sangre caliente, elementos fundamentales en otros órdenes de la vida y sin dudas en mi trabajo de oncólogo donde uno se enfrenta a situaciones difíciles”, relató Golomar.

“Los primeros cinco años que practique el boxeo lo hice en el Boxing Club Canillitas y mi padre me acompañaba todos los días. A los 20 años, y durante mis estudios universitarios ‘colgué los guantes’. Pero desde los 32 años y en forma ininterrumpida practico Boxeo en el club L’ Avenir. Aquí realmente aprendí el arte de boxear, gracias a mi maestro el ‘Canario Freitas’ y con el apoyo de ‘Tito Marques’ su colaborador”, destacó Wilson.

“El Canario me enseñó que hay una filosofía detrás del boxeo. He formado muy buenos amigos en el boxeo. Es un deporte que socializa. A diferencia del pasado, lo practican todos los estratos sociales: contadores, empresarios, escribanos, abogados, profesionales de las más variadas áreas y trabajadores. En el ring somos todos iguales.

“El ‘Canario’, sabe mucho de boxeo, fue seleccionado olímpico y sparring de Carlos Monzón y Ringo Bonavena. Pero por sobre todo me enseñó los códigos de este deporte: la humildad y que hay que ser inteligente para boxear”.

“Algunas veces a los pacientes que están en un tratamiento de quimioterapia les hablo en términos boxísticos: Esto es una pelea y no estás solos. Nuestro rival es el cáncer. La pelea es a 10 rounds, llevamos cuatro y vamos ganando pero tenemos que dar batalla hasta el final. No podemos tirar la toalla!!!. Esto dicho en un lenguaje sencillo aunque parezca increíble, en algunos casos, aumenta la aceptación de los tratamientos oncológicos y fe en lo que hacemos”.

## “Hubo notables avances, pero la gente mide si se cura o no”

**E**l Dr. Pedro Kasdorf afirmó: “La oncología es mi pasión y por paradójico que parezca el paracaidismo es mi cable a tierra”. Así definió alguna vez Kasdorf su pasión por estas dos actividades que lo identifican plenamente. Profesor Grado 5 de Oncología Radioterápica, remarcó los avances que en las últimas décadas se lograron en combatir al cáncer, pero acotó que el público en general tal vez no los perciba en su total dimensión. “Se ha mejorado en sobriedad y calidad de vida, pero la gente mide si la enfermedad se cura o no”, puntualizó.

**Hay notorios antecedentes de médicos en su familia.**

Sí, mi abuelo, a quien no conocí, fue médico y mis padres (ambos) también. Sin equivocarme diría que mi padre, Helmut Kasdorf, fue el primer médico que se dedicó en forma exclusiva al tratamiento de pacientes oncológicos.

**Parecía natural que Ud. eligiera ser médico.**

Cuando culminé el liceo mi mayor deseo era ser piloto de aviación, estar en el aire me atraía. Soñaba con ser piloto de una compañía como Pan Am que era la más conocida en aquel entonces. Básicamente, tenía dos alternativas: emigraba a realizar un curso o ingresaba a la Fuerza Aérea. Ninguna de las dos opciones me seducía.

Tomé otra decisión y fue la de seguir medicina. Entre las opciones que me ofrecía el bachillerato era la que menos me disgustaba. Opté por medicina casi por descarte. Incluso cuando terminé preparatorios e ingresé a Facultad de Medicina no estaba convencido de la opción que había escogido. No me terminaba de ‘cerrar’.

**Y cuándo se convenció que la medicina era su vocación.**

Un día fui a ver a un amigo de mi padre, el profesor de farmacología Dr Kempis Vidal, quien me dijo que lo que me sucedía a mí era común y



Dr. Pedro Kasdorf.

que cuando comenzara a ingresar a los hospitales se me iba a despertar la vocación. Ya como estudiante comencé a realizar guardias con un primo que era interno, el cirujano Dr. Daniel Olivera. Cursaba mi tercer año de la carrera y llegué a la convicción que era mi vocación. Realmente hice el ‘click.’

**¿Y a la oncología cómo llegó?**

La gente me decía que seguro yo iba a seguir oncología, sin dudas pensando en mis antecedentes familiares. No me gustaba que dijeran eso. Mi contestación era si yo no conozco el resto de la medicina cómo puedo optar entonces por oncología. Fue mi entusiasmo por la anatomía patológica que me ayudó a introducirme en la oncología. De a poco me fui convenciendo que era lo que quería hacer.

**Finalmente llegó a descubrir su vocación**

Pero, insisto, mi vocación hacia la oncología no tuvo un piloto automático que se encendió cuando empecé mis estudios terciarios. Fue gradual. Tenía una resistencia al hecho natural de seguir la carrera donde mis padres se destacaron. Finalmente me convencí que era lo que me gustaba y ahí no puse más resistencia.

**Estamos hablando de hace más de 30 años atrás. ¿Cuál era la realidad de la oncología en ese entonces?**



**Hoy se habla con mayor libertad del cáncer y la gente tiene menos tabú sobre el mismo. Es muy importante la forma de comunicarle al paciente de su enfermedad.”**

Me recibí hace 34 años y desde entonces estoy totalmente volcado a la oncología. Hubo muchos avances pero es distinta la percepción de la gente sobre los mismos. Nosotros (los médicos oncólogos) nos maravillamos con un montón de avances que muchas veces no necesariamente repercuten en las tasas de curación de la enfermedad. Hemos mejorado mucho en términos de calidad de vida, en las secuelas de los tratamientos pero globalmente hablando las tasas de curaciones tuvieron una mejoría pero no fue espectacular. El público general quiere saber si se cura o no se cura. Por supuesto que para el enfermo darle una mejor calidad de vida es importante. Pero la población en general lo que mide es si se cura o no. Cuando uno retorna de un Congreso la gente pregunta “qué novedades hay”. Seguro que las hay y para nosotros son importantes pero en la mayoría de los casos no van a cambiar radicalmente el pronóstico y eso es lo que la gente espera.

**Considera que el cáncer sigue asociado a conceptos como el de muerte.** Creo que eso ha cambiado. La visión que tiene la población general del cáncer no es la misma que tenía hace 30 o 40 años. De cualquier manera es una visión más negativa que la de quienes estamos directamente involucrados con la enfermedad.

**¿El cáncer puede ser percibido como una enfermedad crónica?**

Es una enfermedad crónica que incluso puede tener cura. El reuma es crónico y nunca se cura.

**¿Se puede hablar de cáncer como una sola enfermedad?**

Los médicos tenemos claro que no hay un cáncer sino muchos. Incluso tumores con la misma anatomía patológica pero con localización diferente pueden ser totalmente distintos. También tumores con la misma localización pueden ser totalmente diferentes entre sí.

**Puntualmente ¿dónde están los avances en la lucha contra el cáncer?**

En la época que empecé a hacer oncología comenzaba a aparecer la tomografía computada. Estamos hablando de la segunda mitad de la década del '70. Esto armó una revolución. Hasta ese entonces la radiología era simplemente una impresión fotográfica. En estos últimos años se avanzó notablemente en cuanto a la tecnología diagnóstica. La imagenología cambió radicalmente. Apareció todo lo que tiene que ver con la tipificación biológica. Esto es revolucionario. Las drogas biológicas son un gran progreso. Sin duda también lo son las mejorías tecnológicas en la radioterapia. Los tratamientos más personalizados al diagnóstico del paciente es un objetivo que hay que buscar.

Se ha mejorado en curaciones, en sobrevividas, en calidad de vida. Por el

efecto de los tratamientos y por el menor daño producido por los mismos. En estos 30 años ha habido avances muy importantes, sin dudas.

**¿Se pueden esperar más avances en un tiempo relativamente cercano?**

Ahora que está definido el genoma humano hay mucho para avanzar. Se van a lograr nuevos e importantes avances. Por ejemplo, conocer qué parte del genoma humano tiene que ver con la aparición de tumores, su relación con posibles tratamientos. El descubrimiento del genoma humano nos da una fuente inagotable de investigación.

**En la prevención también hubo importantes avances. Usted que está focalizado en pacientes con cáncer de mama lo ha experimentado.**

Se ha mejorado mucho en lo que es la detección más temprana del cáncer. Cuando empecé la mayoría de los pacientes con tumor de mama en el hospital venían con tumores relativamente avanzados. Hoy a nivel hospitalario el tumor avanzado es menos frecuente que antes y en el sistema mutual es la excepción. Más allá de la mejoría en los resultados que pueden dar los tratamientos el gran cambio para la mortalidad global del cáncer de mama es el hecho que los tumores se descubren antes. Es un tema de educación del público y de accesibilidad a la mamografía.

**Y la comunicación del mundo científico con la comunidad. ¿Se avanzó?**

Hoy se habla con mayor libertad del cáncer y la gente tiene menos tabú sobre el mismo. La gran mayoría de los pacientes conocen su diagnóstico y tiene un conocimiento mucho mayor de la enfermedad. Es muy importante la forma de comunicarle al paciente de su enfermedad.

**¿Se prepara al médico cómo relacionarse con el paciente. Está dentro de la formación académica?**

Se contempla cada vez más pero es insuficiente. Claramente hay que hacer esfuerzos para avanzar en el relacionamiento con el paciente, es un tema fundamental. En lo personal, más allá que en la carrera el trato al paciente sea un tema curricular o no, en la formación que doy pretendo transmitirlo.

**Encontró algún punto de encuentro entre el paracaidismo y la medicina.**

Creo que el único ligamen que encontré entre mis dos pasiones es la psicoterapia que el paracaidismo significa para mi actividad diaria de oncólogo que sin dudas tiene una cuota importante de estrés.

El inspector que me tomaba los exámenes de paracaidismo me decía: Usted le erró, si le gusta el paracaidismo tendría que ser traumatólogo y no oncólogo. Bueno, visto el accidente que tuve no era mala idea...

DR. GABRIEL KRYGIER

## “En el cáncer de mama se lograron los mayores avances”

**E**l Dr. Gabriel Krygier le dedica mucho tiempo a establecer con sus pacientes una relación fluida y cálida. Considera que es el punto de partida de un tratamiento orientado a recuperar integralmente a una paciente afectada con cáncer de mama, la patología oncológica con mayor mortalidad en la mujer uruguaya, pero que por contrapartida ha registrado notables avances en materia de prevención y tratamiento.

“Cuando una paciente llega a mi consultorio me gusta escuchar por qué vino, qué hace, con quién vive y a qué se dedica. Si llega sola a la primera consulta, le pido que regrese acompañada, con alguien de su confianza. Es fundamental compartir las cosas que van a suceder”, afirma el doctor Gabriel Krygier, que en 1993 obtuvo la graduación como especialista en oncología médica. Krygier se desempeña como Profesor Agregado de Oncología Médica de la Facultad de Medicina y como Director del Programa Nacional del Control de Cáncer de Mama. También es especialista en mastología, con título otorgado por la Sociedad Uruguaya de Mastología. En la siguiente entrevista, fundamenta por qué “el cáncer debe ser tratado y considerado como una enfermedad crónica”, explica el salto cualitativo que se verifica en la postura que asumió la mujer uruguaya para contrarrestar la enfermedad y por qué adoptó un rol activo que finalmente permitió la rápida incorporación de varias drogas en el Fondo Nacional de Recursos.

### ¿Toda una vida dedicada a la oncología?

Sí, a la oncología en general. La vida me llevó a especializarme en distintas áreas y por distintos motivos el cáncer de mama es una de mis pasiones a la cual le dedico gran parte de mi vida.

### ¿Qué motivó su interés por el cáncer de mama?

Puede decirse que todo comenzó en 1997 cuando, formando parte de



Dr. Gabriel Krygier, Profesor Agregado de la Cátedra de Oncología y Director del Programa Nacional del Control de Cáncer de Mama.

un equipo de la Cátedra de Oncología de la Facultad de Medicina, empezamos a trabajar en distintos protocolos de investigación en cáncer de mama. Paralelamente, comenzamos a vincularnos con el grupo canadiense Breast Cancer International Research Group (BCIRG), un equipo de investigación clínica multicéntrico en cáncer de mama de primerísimo nivel internacional.

En Uruguay ya se encuentra la primera oficina latinoamericana de este grupo, que tiene como base la ciudad de Edmonton, en la provincia de Alberta y uno de los lugares más gélidos de Canadá. En el año 1998 tuve la oportunidad, a través de la Cátedra de Oncología, de obtener una beca de estadía de seis meses en el Cross Cancer Center de la Universidad de Alberta en Edmonton, donde me desarrollé en la especialidad. Recuerdo que sufrí temperaturas de menos de 30 grados bajo cero, con dos horas de luz por día; no fue sencillo sobrellevar esos momentos. En el año 2000 volví a viajar por un período más corto, de aproximadamente un mes.

### ¿El vínculo con este grupo canadiense prosigue?

Sí, sin interrupciones desde 1998. Es más, los principales investigadores del BCIRG han visitado Uruguay en varias oportunidades. En el año 2008, cuando tuvimos la oportunidad de presidir el Congreso Uruguayo de Oncología, invitamos a los principales directores de este grupo, el Prof. Dennis Slamon, de la UCLA en Los Ángeles, quien es



**Las cifras de mortalidad en cáncer de mama en Uruguay cayeron cerca del 7% en el último quinquenio, lo que es muy significativo.”**

el padre del Herceptin, uno de los fármacos de última generación que más ha impactado en el cáncer de mama en los últimos años tanto en sobrevida libre de enfermedad como en sobrevida. Asimismo nos acompañó en dicho evento el Prof. John Mackey, Director del Programa de Cáncer de Mama de la Universidad de Alberta con quien también mantenemos una fluida relación desde mi estadía en el Cross Cancer Center de Edmonton. Los eventos científicos permiten mantener e incrementar los lazos, traer proyectos de investigación y que pacientes uruguayas, que a veces no pueden acceder a tratamientos tan costosos, puedan participar en múltiples protocolos de investigación que forjamos con estos grupos internacionales.

**¿En el cáncer de mama se han registrado los mayores avances para el control y combate de una patología oncológica?**

Sí, sin lugar a dudas. Y estamos hablando de la patología oncológica con mayor incidencia y mayor índice de mortalidad por cáncer en la mujer. En Uruguay se registran 2.000 casos nuevos por año en cáncer de mama diagnosticados y aproximadamente unas 600/700 muertes por año. Es una de las patologías que ha permitido desarrollar la investigación, tanto clínica como básica, con mucho más ahínco y por otra parte una de las que ha logrado obtener resultados más importantes y avances enormes tanto en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, evolución y seguimiento.

**¿Es posible corregir a corto o mediano plazo esas cifras de incidencia y de mortalidad que prevalecen en Uruguay?**

Es posible. En los hechos ya se han empezado a corregir. En los últimos años la Comisión Honoraria de la Lucha contra el Cáncer, a través del equipo que comanda el Dr. Enrique Barrios, ha permitido establecer que en Uruguay cayeron las cifras de mortalidad en el cáncer de mama, en sintonía con los países desarrollados. Esa caída oscila entre el 6 y 7% en el último quinquenio, lo que es muy significativo.

**¿A qué responde ese guarismo alentador?**

Fundamentalmente, a las conductas responsables que han asumido las mujeres uruguayas, es decir a un cambio de conciencia positivo. Estamos aplicando lo que se llama la prevención secundaria, que significa el diagnóstico oportuno o precoz de la enfermedad, la detección temprana. Hoy las mujeres concurren cuando aún no han desarrollado un tumor, consultan para prevenir. La concientización positiva fue posible gracias a la intensificación de campañas que se han realizado tanto desde el Ministerio de Salud Pública (a través del Programa Nacional de Control del Cáncer), como también desde la Comisión Ho-

noraria de la Lucha contra el Cáncer y desde distintas ONGs. Hay que tener en cuenta que la prevención secundaria es fundamental en esta patología, sobre todo teniendo en cuenta que es casi imposible evitar que aparezca el cáncer de mama (prevención primaria).

Si bien hay múltiples factores de riesgo que intervienen en el desarrollo y aparición del cáncer de mama, lo que sí se puede hacer con alta efectividad es prevenirlo y diagnosticarlo precozmente.

Muchos diagnósticos se hacen por mamografía o por examen físico mamario, lo que permite un mejor pronóstico, un mejor control y un alto porcentaje de curación de esta enfermedad.

**¿Qué factores están confluyendo para lograr el mejor tratamiento?**

Cuando uno se enfrenta con una paciente con cáncer de mama, lo primordial es definir un tratamiento personalizado. Hay múltiples opciones de tratamiento en el cáncer de mama, pero lo más importante es que el oncólogo se esfuerce por identificar el mejor tratamiento para esa paciente. Y cuando digo tratamiento no me refiero solamente a la mejor droga, a la mejor radioterapia, a la mejor cirugía, a la mejor hormonoterapia y al mejor blanco molecular, sino a un abordaje integral para la recuperación de la persona en múltiples aspectos, como ser a nivel personal, familiar, de pareja, psicoemocional así como su reinserción en el campo laboral. A una mujer con cáncer de mama, especialmente cuando es joven, si le sacan un seno o parte de un seno, si se le cae el pelo a raíz del tratamiento, si queda infértil también por el tratamiento de quimioterapia, recibe un impacto psicológico y emocional enorme, que debe ser previsto y manejado oportunamente. Lo que lleva realmente a una recuperación sólida del paciente es la definición de un tratamiento integral, donde se involucre al equipo médico en su conjunto (oncólogo médico, radioterapeuta, cirujano, radiólogo, patólogo) junto con el equipo de apoyo integrado por enfermería oncológica, psicólogo, fisiatra, asistente social, etc.

**¿En Uruguay cómo estamos en ese abordaje multidisciplinario?**

En Uruguay estamos muy bien, gracias un trabajo conjunto con centros de nivel público y privado. La clave está en que no sea solo un especialista el que trate con el paciente. Debe haber un oncólogo de referencia que sea el que dirija, que tome el timón del barco y que sea el responsable ante el paciente y la familia, pero que se apoye en una cantidad de colegas cirujanos, radioterapeutas, radiólogos, patólogos, psicólogos, rehabilitadores y fisiatras, todos los técnicos que ayuden a apuntalar el tratamiento.

En Uruguay existen unidades de mastología, por la que sentimos un gran orgullo de poder trabajar en ellas tanto a nivel público y privado.



El Dr. Krygier disfruta de la práctica del ciclismo.

Estas unidades están formadas por especialistas de distintas áreas, lo que permite lograr un tratamiento integral para la paciente.

#### ¿Este abordaje es determinante para la recuperación de la paciente?

El tratamiento integral es determinante, eso es lo que cambia radicalmente la recuperación del paciente. Vuelvo a insistir: siempre identificando a un especialista que actúe como capitán. El paciente tiene que saber que tiene un capitán, que será el responsable en la consulta, en la internación, en los cuidados del paciente y que estará siempre al frente del equipo de apoyo.

#### ¿Qué diagnóstico realiza respecto a los accesos a los mejores tratamientos que tienen los pacientes en Uruguay?

Creo que nos tenemos que sentir orgullosos de las coberturas que se han incorporado al Fondo Nacional de Recursos para poder financiar los tratamientos. Corresponde recordar que Uruguay fue el primer país en Latinoamérica en aprobar un blanco molecular, en este caso el trastuzumab (Herceptin) como prestación del Fondo Nacional de Recursos. Sucedió cuando en mayo de 2005, durante el Congreso Americano de Oncología que se realizó en Orlando y al que pude asistir, se presentó el trabajo pionero encabezado por la Dra. Martine Piccard de Bélgica quien mostró que el trastuzumab tenía impacto en la sobrevida libre de progresión y en la sobrevida global del cáncer de mama. A partir de ese estudio, trabajamos intensamente en Uruguay tanto a nivel público como a nivel privado, incluido el mismo presidente de la República y su grupo de asesores, para lograr que el

trastuzumab sea incorporado por el Fondo. Finalmente, lo logramos. También somos pioneros y así lo reconocemos. Las primeras pacientes que ingresaron en este programa fueron uruguayas. Además, las primeras pacientes que traté tuvieron pagarse los tratamientos con su peculio durante un año y medio, hasta que finalmente los comenzó a financiar el Fondo. Tuve el caso anecdótico de una paciente que tenía 25.000 dólares como recurso para una mudanza y me consultó qué hacía, si finalmente invertía ese dinero en la compra del tratamiento. Yo le dije que si tuviera el dinero lo invertiría en el fármaco. Hoy la mayoría de esas pacientes que tuvieron que costearse el tratamiento con trastuzumab están vivas y agradecen la ayuda para tomar esa decisión. El Fondo amplió las indicaciones del trastuzumab, aunque todavía queda mucho por hacer.

#### ¿El cáncer debe ser percibido como una enfermedad crónica?

El cáncer debe ser tratado y considerado como una enfermedad crónica. Por supuesto que muchas veces las personas afectadas evolucionan por empujes y remisiones que son controlables y que muchas veces los pacientes recaen y requiere de nuevos tratamientos, pero muchas de las patologías oncológicas son curables y las que no son curables, son tratables y manejadas por mucho tiempo.

Específicamente, el cáncer de mama es una patología para la que contamos con múltiples elementos de apoyo.

Una vez que advierten de que pueden vivir muy bien y mucho tiempo y que muchas de ellas se curarán, las preguntas que sobrevienen son: que será de mi vida, podré tener hijos, podré vivir con mi pareja, podré recuperar los ciclos menstruales y la disminución de la libido. Por ello lo del principio: estos aspectos colaterales deben ser abordados por un equipo para concebir una recuperación integral de la paciente. Al final de la entrevista, Krygier revela que le asigna una importancia superlativa a la relación médico-paciente.

Múltiples postales navideñas que reposan en su escritorio son una muestra del cariño y agradecimiento que recibe de sus pacientes y entorno familiar. Él, como nadie, sabe que muchas de esas postales navideñas encierran la ilusión de muchas madres y de sus hijos.

“Estoy convencido que una mejor conducción y adherencia del tratamiento radica en establecer una buena relación con el paciente, y me refiero a una relación profesional basada en el respeto y la confianza mutua. Particularmente en mi disciplina, la paciente tiene que sentir que la relación es fluida, que permite un intercambio genuino. El médico tiene que ser accesible, tolerante y asumir un firme apoyo al inicio, durante y después del tratamiento. En cierta manera, el médico debe ser un depositario de la confianza de la paciente”.



**La clave está en que no sea solo un oncólogo el que trate con el paciente. Debe haber un equipo multidisciplinario.”**

## “Se descubren nuevos fármacos y la enfermedad es otra”

**H**ematólogo, vinculado a varias instituciones médicas, para el doctor Lem Martínez el encuentro con pacientes de linfomas, leucemias o mielomas es cotidiano. Las expectativas de los pacientes y sus historias son partes de su diario vivir. “Lo que más me gusta es el contacto con la gente”, destacó.

Lem Martínez hace 28 años que abrazó la profesión de médico. “Siempre supe que iba a estudiar medicina. En la escuela ya sentía la vocación. Pasan los años y cada vez la siento más a pesar de que, como todos los aspectos de la vida, hay cosas buenas y no tan buenas. Pero definitivamente recorrería la carrera de hematólogo nuevamente”, reflexionó.

“Cuando empecé la carrera prácticamente estaba en sus inicios. Entré como interno y elegí el Instituto de Oncología. Roté por hematología que era una especialidad que recién se estaba desarrollando y desde allí no abandoné mi vínculo con la misma”, enfatizó.

Lem refleja el entusiasmo por la hematología que el paso de los años no diluyó. “Lo hago con pasión. Es una profesión fantástica. Lo que más me gusta es el contacto con la gente, es enriquecedor. Conocer tanta gente y en forma tan profunda como sucede al tratar con pacientes con una patología grave y crónica como es la hematológica. Por otro lado la hematología es un área donde el desarrollo científico es constante. Hay una evolución permanente de los conocimientos que es un desafío desde el punto de vista personal y laboral. La hematología requiere una actualización diaria de conocimiento, incorporar permanentemente nuevas tecnologías diagnós-



Doctor Lem Martínez.

ticas, nuevos fármacos y nuevos métodos terapéuticos”, subrayó.

Lem denota que vivió todo el desarrollo de la hematología, desde sus etapas primarias a un presente que posiciona a la especialidad en la vanguardia de la medicina. “Desde hace unos años la hematología está en plena efervescencia y cambio lo que le permite posicionarse como una especialidad de punta. Todo la temática relacionada con lo hemato-oncológico ha tenido un gran desarrollo. La inmunología hace 30 años era prácticamente desconocida. El área de diagnóstica hematológica, desde el punto de vista de los estudios genéticos y moleculares tuvo un desarrollo fantástico. Sin dudas la hematología es de las especialidades que se ha desarrollado más rápidamente y ha hecho punta. A través del desarrollo y conocimiento de la patología y de poder conocer profundamente la alteración genética y las actuaciones moleculares que existen se ha logrado desarrollar fármacos específicos para determinadas enfermedades que han sido absolutamente revolucionarios y emblemáticos para la medicina. Lo apasionante de la hematología es que en dos años se descubren nuevos fármacos y la enfermedad es otra. Los avances llevan a cambios permanentes impactantes. Por ejemplo, la leucemia mieloide crónica hasta hace 15 años era una enfermedad que se trataba con comprimidos y pronósticos de vida de tres años. Después apareció trasplante de médula ósea para el tratamiento de leuce-



**La hematología requiere una actualización diaria de conocimiento, incorporar permanentemente nuevas tecnologías diagnósticas, nuevos fármacos y nuevos métodos terapéuticos.”**

mia mieloide crónica. Luego a través del conocimiento de la genética, del cromosoma Filadelfia, de las alteraciones moleculares y metabólicas de la leucemia, se descubrieron fármacos como los inhibidores de la tirosinquinasa. Hoy en día es increíble que con un comprimido un paciente logre la remisión completa de la enfermedad, la remisión hematológica, la remisión citogenética y la remisión molecular. Si bien no es una cura, porque los pacientes deben seguir el tratamiento con el fármaco, el paciente se encuentra con otra enfermedad”, detalló.

Lem insiste en la actualización de los conocimientos que el médico debe buscar siempre: “Lo que era una verdad cinco o seis años atrás hoy es otra totalmente diferente. Eso es estimulante y es un desafío. Se genera una necesidad ética y moral de estar actualizado en los conocimientos y además de lograr la sobrevivencia del paciente porque uno sabe en los próximos años habrá un descubrimiento crítico que va a cambiar el pronóstico de la enfermedad. La extensión de la vida del paciente es acercarlo al fármaco del futuro, que va a cambiar su pronóstico. Es un desafío permanente. Al paciente lo tengo que hacer vivir porque en uno, dos o tres años aparece un nuevo fármaco en investigación que le cambia el pronóstico de la enfermedad”.

El Dr. Lem Martínez es Jefe del Servicio de Hematología de la Asociación Española, del Hospital Militar y de Médica Uruguaya. Conoce bien de cerca la realidad de la hematología y el nivel de los tratamientos en nuestro país: “Uruguay hace un gran esfuerzo económico para estar a buen nivel en cuanto a los fármacos. El problema es la accesibilidad, el costo. Nuestro país ha tenido una iniciativa fantástica que es la creación del Fondo Nacional de Recursos. (FNR). No existe en otro país y nos diferencia. Históricamente ha estado bien administrado, bien concebido, desde el principio de su creación hasta las sucesivas administraciones. Es un bien de los uruguayos que nos permite en forma igualitaria acceder a fármacos de altísimo costo mediante una racionalización del tratamiento, del seguimiento y un compromiso de controles evolutivos. En algunos aspectos el FNR llegó a cambiar la manera en que se desarrolla la medicina en Uruguay. Por ejemplo, en el caso de los linfomas y del tratamiento con el fármaco Rituximab (Mabthera). Hay toda una normativa para su uso en determinadas patologías. Se analiza caso por caso. Si el paciente está siendo bien estudiado, si están dadas las condiciones para que el fármaco sea beneficioso. Esto obligó a que todos los médicos que pedimos el fármaco al FNR tengamos que tener una metodología de estudio del paciente y del tratamiento así como su evolución. Todos los médicos deben cumplir con las exi-

gencias, de acuerdo a estándares, diagnósticos y terapéuticas de nivel internacional y adaptado a la realidad nacional. Salieron a luz datos muy interesantes. Se mejoró el diagnóstico de todos los linfomas, sean tratados con Rituximab o no, porque en todos los casos hay que seguir una metodología. Este mecanismo dio seguridad y nivel a la medicina así como un seguimiento del paciente. Hay una cantidad de datos que salen a luz. Tener una metodología nos permite conocer la incidencia de la enfermedad, de dónde vienen los pacientes, cómo se tratan, qué evolución tienen, si el fármaco ha sido correctamente aplicado. Las Autoridades Sanitarias empiezan a tomar conocimiento que hay departamentos de Uruguay que no utilizan el fármaco. Hay determinados lugares que no coincide la cantidad de habitantes, la expectativa que hay de determinada enfermedad con el uso del fármaco ¿Por qué? ¿No existe la enfermedad allí? No parece lógico. Queda en evidencia que la enfermedad no se diagnostica y no se trata correctamente. No se está siguiendo una metodología correcta. Estos datos trascienden a nivel del Ministerio de Salud Pública y dentro del propio cuerpo médico y se empiezan a tomar medidas. Por ejemplo, a través de la metodología aplicada se observó que no había un resultado óptimo del fármaco y se llegó a la conclusión que muchas veces se tardaba en llegar a un diagnóstico correcto. Los pacientes empezaban el tratamiento correcto con Mabthera asociado a quimioterapia en forma muy diferida y eso no daba el resultado que se esperaba. Es un ejemplo de un recurso caro mal gastado. Y eso salió a luz a través de la metodología. El FNR se pone en contacto con las instituciones médicas y remarca que no puede seguir financiando un fármaco caro para que no de los resultados esperados. Un fármaco de investigación de alto costo no se puede utilizar en forma indiscriminada”.

Para Lem Martínez el FNR ha sabido adaptarse a las necesidades del país y su evolución es continua: “Comenzó por el financiamiento de algunos actos quirúrgicos como prótesis de caderas y supo adaptarse a los avances de la medicina. La medicina y necesidades de la sociedad han ido cambiando y ahora el FNR financia medicamentos biológicos. El FNR está abocado a seguir estudiando la incorporación de otros fármacos sustentado en una metodología. Incluso en linfomas –si bien se cubren gran parte de las indicaciones- hay otras que quedan fuera. Sería trascendente de a poco ir incluyendo todas las indicaciones. Numéricamente las que faltan no son importantes pero sí lo es para el paciente que queda fuera de la cobertura. Es indudable que el FNR le ha hecho mucho bien a la medicina, al paciente y al país. Es una cosa que hay que destacar y cuidar todos”, remarcó Lem Martínez.

DRA. GABRIELA MORALES

## Palomense por decisión

**N**acida en Montevideo en una familia de médicos, la doctora Gabriela Morales llevó la oncología al departamento de Rocha y escogió a La Paloma como lugar de vida. "No me siento ni montevideana, ni rochense sino palomense", afirma la doctora Morales quien desde hace 20 años es la única oncóloga en el departamento de Rocha.

¿La medicina la lleva en la sangre?

Somos una familia de médicos pero soy la única oncóloga. Mi madre siguió la especialidad de ginecóloga y mi padre fue médico internista. Además una prima hermana fue pediatra y docente en la UDELAR de la cátedra de pediatría.

¿Usted es nacida en Rocha?

Nací en Montevideo donde me cursé la carrera de medicina. Me casé con un médico que ya trabajaba en la Paloma y allí me radiqué. Aún no había tomado la opción por la oncología. Me gustaba la especialidad y al ver que en Rocha no había ningún oncólogo y con el apoyo de otros colegas de Montevideo tomé la decisión. Viajaba cuatro veces a la semana a la Cátedra de Oncología Médica en Montevideo, el Dr. Ignacio Musé estaba como Profesor Grado 5. Llegaba a las 8 am al Hospital de Clínica, estaba toda la mañana y a las 13 horas me tomaba el ómnibus de retorno a La Paloma. Mientras hacia la especialidad comencé a trabajar en el Hospital de Rocha y más tarde en la Cooperativa Médica de Rocha (COMERO) como oncóloga.

¿Con qué realidad se encontró?

Como señalé no había oncólogos en el departamento de Rocha. Al tener un especialista en el departamento la oncología empezó a tener su lugar. Se generó la necesidad de la especialidad. Se comenzó la actividad de policlínica oncológica. Se estableció el Hospital de Día. Los pacientes internados fueron visitados por el oncólogo y también se realizaron visitas a domicilio. Hace 20 años que estoy en Rocha y sigo siendo la única oncóloga.

¿La realidad de Montevideo e Interior es diferente?

La relación médico-paciente es diferente. Hay una relación humana más fuerte. Se conoce a su familia, su entorno, donde vive. Uno se encuentra con el paciente en las distintas actividades sociales que realiza.



Doctora Gabriela Morales.

Y en cuanto a cómo se percibe el cáncer ¿hay un cambio?

La gente está más informada. Tienen menos miedo a lo que es la oncología. Antes había un tabú mucho más grande con respecto a la enfermedad. Incluso, hasta para consultar en estadios precoces. Hay un cambio cultural en la percepción del cáncer. La educación que impulsó la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer y que difunden los diferentes medios ayudó mucho.

¿Qué pasos hacen falta en Rocha para un mayor desarrollo de la oncología?

En Rocha una de las cosas que tenemos que estructurar mejor es la parte de tratamientos paliativos. Lo bueno es que hay un proyecto armado que se está organizando.

Usted vive todo el año en la Paloma. ¿Cómo es vivir allí?

Es un sitio tranquilo, cosmopolita donde vive gente de todo el mundo: franceses, ingleses, alemanes. En invierno es un pueblo chico del Interior donde cada uno vive su vida. El verano es otra cosa. Pasamos de 7.000 habitantes a 40.000. Pero me encanta la playa y practicar deportes como salir a correr. En el invierno desarrollo uno de mis mayores hobbies como es la técnica del tapiz en lana, la cual aprendí de muy joven. Realicé varios tapices con imágenes de pintores uruguayos como Figari, Cuneo, Barradas.

¿Y usted se siente montevideana o rochense?

Ni una ni otro. Me siento "palomense". Los rochenses son más conservadores.



**En el Interior, la relación médico-paciente es diferente. Hay una relación humana más fuerte. Se conoce a su familia, su entorno, donde vive."**

# “Un momento para mí”



## DESPUÉS DE LA CONSULTA / Dra. Sandra Mourelle

Ser la única oncóloga residente del departamento de Colonia, madre de cuatro hijos y estar casada con un médico, no le impide a la doctora Sandra Mourelle tomarse su tiempo para tocar el saxofón, pintar algún cuadro y participar del “Oncorock”. “Es un momento para mí”, remarcó.

“Me recibí de oncóloga en el año 1996 y en actividad conocí a mi actual esposo que también es médico y trabaja como intensivista en la ciudad de Carmelo”, relata Sandra Mourelle. “Durante dos años estuve yendo y viniendo pero a pesar de ser muy montevideana Carmelo supo conquistarme y me radiqué allí. En lo personal estaba el desafío que no había ningún oncólogo residente en todo el departamento de Colonia. Hoy trabajo en las tres mutualistas de FEMI: Carmelo, Colonia y Rosario y en salud pública”, comenta con entusiasmo Sandra Mourelle. Santiago de 18 años es el mayor de los hijos de Sandra, todos varones. Le sigue Joaquín de 16 años y luego los mellizos (Martín y Gastón) con 13 años. Tengo ¡cuatro varones!. Pero no decaí en mi trabajo, es más creo que lo intensifiqué. Aprendí a distribuir bien los tiempos”, subraya Sandra. “Me encanta la oncología pero cómo me atrapó es toda una historia. Estudiaba medicina interna cuando tuve un accidente de tránsito, con traumatismo de cráneo grave, tuve en coma y la reinserción fue lenta. Un amigo me anotó en oncología y me encantó. El accidente me marcó la vida. Disfruto cada día y busco desafíos. Recuerdo el día que en la cena de un congreso médico vi a alguien tocar el saxo y me pregunté ¿cómo será?. Yo ya había estudiado música, flauta dulce y guitarra, con el maestro Félix Aragón”, enfatiza Sandra. “Desde hace cinco años participo en el ‘Oncorock’, encuentro que surge a partir de una inquietud de jóvenes para ayudar a la recaudación de fondos del hospital de día del Hospital de Carmelo. “En alguna oportunidad los acompañé tocando el saxo o realizando un coro en algún tema”, destacó la doctora Mourelle, quien concluye que “así de generosos son los jóvenes”.

DR. PABLO MUXÍ

## “En linfoma tenemos tratamientos de primer nivel”

**E**l Dr. Pablo Muxí fue forjando una carrera profesional que hoy lo encuentra como encargado de la Unidad de Hematología del Hospital Británico, la primera en su tipo en Latinoamérica en realizar trasplantes autólogos. La Unidad la formó en 1985 el Prof. Dr. Roberto De Bellis, lo que lo terminó posicionando como fundador de la Hematología Clínica en Uruguay. Muxí resalta los logros obtenidos en Uruguay respecto al acceso de pacientes a tratamientos revolucionarios, que han cambiado radicalmente la manera de practicar la hematología.

### ¿Se puede afirmar que De Bellis fue el mentor suyo?

Sí, nadie lo duda que en hematología fue el mentor mío. Pero cometo una injusticia si omito que de todos mis profesores de Facultad y compañeros de residencia asimilé conocimientos. Además, al margen de De Bellis, mi referente fue mi padre, el Dr. Fernando Muxi. Fue un ejemplo no sólo como médico y docente, sino por su formación técnica y postura ante la vida. Mi padre fue profesor de medicina entre los años 1975 y 1988. Llegó a Grado IV a los 38 años por concurso de oposición y luego a Grado V de Facultad. Estuvo en el Hospital Pasteur, y en el piso 11 del Hospital de Clínicas donde continuó la clínica del Prof. Dr. Mario Ferrari. Durante el transcurso de la carrera de medicina, uno va teniendo grandes pilares en los que se apoya con firmeza. Había una frase muy buena que decía que el alumno inteligente no es aquel que se esfuerza en demostrar lo que el profesor no sabe, sino que se esfuerza por aprender aquello que el profesor sabe.

### ¿Sobre qué nuevos retos está trabajando la Unidad de Hematología del Británico?

Le estamos dando un nuevo impulso a la unidad.. Estamos tratando de que esta área asistencial se convierta también en una unidad de investigación. En ese sentido, estamos integrando protocolos internacionales de mucha importancia patrocinados por Laboratorio Roche, como son los protocolos de linfoma GAUSS y MAIN, probando nuevas drogas que creemos son



Pablo Muxí junto al profesor Peter Wiernik.

el futuro en el tratamiento de esa enfermedad. Nuestra aspiración es que la unidad se convierta también un ámbito de docencia a través de la educación médica continua del hematólogo y, por qué no, en una unidad de formación de hematólogos a través, por ejemplo, de residencias.

### ¿Cuáles son los grandes desafíos de la hematología?

Lo más apropiado es hablar del impacto de la hematología, porque creo que es una de las especialidades que más se ha desarrollado a nivel internacional, en gran parte gracias al advenimiento de las terapias dirigidas como son entre otras los anticuerpos monoclonales.

Por ejemplo, el impacto de los anticuerpos monoclonales, como el Rituximab, ha cambiado la sobrevida de los pacientes con linfoma; la leucemia aguda promielocítica, gracias al ácido transretinoico, pasó de ser la peor leucemia aguda mieloblástica en la década de 1990 a ser la leucemia con mejor pronóstico. También cambió radicalmente la vida de los pacientes con leucemia mieloide crónica, ya que se pasó de necesitar un trasplante para tener chance de larga sobrevida o de curación a aplicar los tratamientos de los inhibidores de la tirosinquinasa, con una media de 12 a 14 años de sobrevida. Se convirtieron enfermedades agudas en enfermedades crónicas con excelente calidad de vida. Se está prolongando la vida sin sacrificar la calidad de vida. O sea, el impacto positivo en la hematología está dado por tratamientos actuales que tienen una excelente tolerancia para

el paciente, con muchos menos efectos traumáticos, sin caída de cabello ni vómitos y en muchos casos sin depresión medular.

#### **¿Cómo se adaptó el país a ese impacto?**

Se adaptó muy bien. Esta realidad positiva responde a que los hematólogos uruguayos están bien informados respecto a la aparición de los nuevos tratamientos. A veces, están limitados por los costos, pero es bueno resaltar que en este aspecto el Fondo Nacional de Recursos respondió en al menos dos patologías, como ser los linfomas No Hodgkin B y la leucemia mieloide crónica, apoyando con el aporte de drogas bajo protocolos. Estos protocolos en Linfoma No Hodgkin y en la leucemia mieloide crónica fueron los primeros protocolos de administración de drogas oncológicas en el país a través del Fondo Nacional de Recursos, y cambiaron la manera de practicar la hematología en el país. Ello es así ya que hoy estudiamos, tratamos y reportamos a los pacientes con estas patologías de igual manera, tal como lo exige el Fondo. Si el Fondo gasta una enorme suma de dinero tiene que saber qué el procedimiento diagnóstico fue el adecuado y luego saber qué sucede con los pacientes tratados para determinar que beneficio tuvo la población. Todo esto generó que aprendiéramos y nos acostumbráramos a trabajar dentro de normas de diagnóstico tratamiento y seguimiento, esto es el mayor beneficio y protección del paciente.

#### **¿Cómo califica el acceso a tratamientos?**

Lo que se hizo es todo muy bueno. Hay que mirar el medio vaso lleno, más allá de que considero que hay drogas que deberían estar cubiertas por el Fondo. Por ejemplo, drogas como la lenalidomida y el bortezomib para el mieloma, deberían estar, como también deberían estar la linfoglobulina para la aplasia de médula y otras drogas para el tratamiento de infecciones que vemos en los pacientes trasplantados o multitratados. Creo que también las instituciones de medicina deberían hacer el esfuerzo para cubrir esas drogas, en aquellos casos en los que están claramente indicados que hay un beneficio de supervivencia y calidad de vida en estudio de Fase 3. Es muy difícil negarle hoy a un paciente algunas drogas que están en el país cuando están demostrados sus beneficios desde el punto de vista científico.

#### **¿En qué patologías se observan alternativas terapéuticas eficientes?**

En linfoma y en leucemia mieloide crónica Uruguay tiene una excelente posibilidad terapéutica, que realmente es de primer nivel internacional. En la actualidad hay más de 600 pacientes beneficiados en estas dos patologías con sus drogas respectivas; todos están bien estudiados y seguidos, lo que nos permite por primera vez obtener cifras nacionales verdaderamente importantes para estas enfermedades. Por ello el gran desafío de la

hematología nacional es que nuestros especialistas estén bien formados, para estudiar y tratar a los pacientes de forma adecuada, porque las posibilidades terapéuticas están.

#### **¿Cuál es el objetivo primario en las patologías oncológicas?**

Prolongar la vida con una calidad de vida en un 100%. Hoy estamos curando algunas enfermedades oncológicas, y las que no estamos curando las estamos convirtiendo en enfermedades crónicas. Los médicos curamos muy pocas cosas. Siempre digo que los médicos, en general, curamos aquellas cosas que eventualmente se podrían curar solas. Curamos las neumopatías agudas porque en general se curarían solas. Lo que hacemos es evitar complicaciones y lograr la cura lo más rápido posible con los antibióticos. Y lo que no curamos, lo amputamos, como ser un apendicitis o un cáncer de colon, pero son pocas las patologías que sanamos. Es más, cuando quisimos ir directamente a curar en el campo de la oncología se cometió un error de estrategia, porque la estrategia es que el enfermo viva con una calidad de vida plena y el mayor tiempo posible, objetivo que lo estamos logrando en el campo de la hematología. Como decía un médico que ganó el premio Nobel: "Hay que morir joven lo más tarde posible".

#### **Usted participó de un estudio que mostraba una asimetría en el acceso a tratamientos de pacientes con Linfoma No Hodgkin. ¿Esa asimetría persiste?**

Es una situación que se está corrigiendo. El diagnóstico se procesó en el marco de un estudio que realizamos desde el Fondo junto a los doctores Lem Martínez y Fernando Correa, sobre la cobertura financiera de las drogas imatinib, para la leucemia mieloide crónica, y rituximab, para el Linfoma No Hodgkin B. El estudio, con un corte a julio de 2007, revelaba una asimetría a los tratamientos financiados por el Fondo, que se traducían en un menor acceso a estas drogas de personas que residían en el interior del país, sobre todo al norte del Río Negro, y de un mayor acceso de pacientes que provenían del sistema privado de salud, en detrimento de los asistidos en la esfera pública. Pero insisto esta realidad está cambiando. Las razones de estas diferencias residían en que las instituciones del interior no estudiaban a sus enfermos en las condiciones suficientes como para acceder a los tratamientos y en que en la medicina privada teníamos más accesos a algunos estudios que permitían confirmar la patología. Por ello, el primer logro del protocolo del Fondo fue uniformizar y optimizar cómo se estudian los pacientes.

#### **¿Tiene alguna medida la pasión que siente por la profesión?**

Me encanta lo que hago y soy feliz. El Hospital Británico me brinda todas



***El objetivo es que el enfermo viva con una calidad de vida plena y el mayor tiempo posible y en el campo de la hematología lo estamos logrando.***



Con su padre, el Dr. Fernando Muxi, un referente en la vida y en la profesión.

las posibilidades de ejercer la profesión cómo quiero y eso me satisface profesionalmente. Ahora, podía haber hecho cualquier cosa en la vida. En realidad, ya hice muchas cosas...

#### ¿Cómo qué?

Siendo estudiante, y como quería casarme, me dediqué a vender chorizos. Distribuía en parrilladas de Montevideo los chorizos de una chacinería del interior que pertenecía a mi cuñado. Luego, ya recibido, en los primeros años de residente, ayudaba a Cristina mi esposa a elaborar tortas para abastecer restaurantes. Eran años difíciles, nuestro único ingreso era mi sueldo, ya que mi mujer, que justo estaba embarazada, había sido despedida en pleno quiebre de la tablita, en 1982. Nuestra cocina de casa había sido habilitada por bromatología y de ahí surgía un segundo ingreso. A fines de 1989, cuando regreso de mi primer viaje a Miami, le propongo a mi señora irnos a vivir a Estados Unidos, pero fracasé en el intento. A cambio, vimos que era necesario que lograra un empleo para salir adelante, entonces pusimos un negocio en Montevideo Shopping con mi hermana Elena y su marido Gonzalo que se la llama La Claraboya. Yo hacía mis turnos vendiendo café y medialunas.

#### Alguna anécdota...

Durante mi concurso de Grado II de Hematología tuve que retirarme del hospital porque el reglamento me impedía presenciar la prueba de mis

otros compañeros. Entonces me fui para La Claraboya a vender café. De repente, en pleno mediodía, apareció como cliente el profesor Mario Ferrari, que era el presidente del tribunal que al día siguiente me tomaría la prueba. De la vergüenza, me escondía detrás del mostrador.

#### Usted es un amante de la cocina...

Sí. No cambio un viaje a París por sentarme en el fondo de mi casa con el horno o con la parrilla encendida y tener alrededor a mis amigos y familiares. En mis ocho o diez días de licencia, no me alcanzan las noches para disfrutarlas junto a la gente que quiero.

#### Otra pasión fue el rugby...

Empecé a los 13 años defendiendo a Los Cuervos. Con apenas 15 años debuté en primera en un cuadrangular de setiembre en el que también participaron la primera de Trouville y las reservas de La Cachila y de Old Christians. Jugamos contra Christians. Al inicio del partido nos sacamos una foto los dos equipos, todos mezclados, abrazados. Quién iba a decir que unos días después, en octubre de 1972, muchos de esos jugadores fueron los protagonistas de la Tragedia de Los Andes.

#### ¿Ahora qué deporte sigue?

Soy un fanático de Nacional. Concurro cada fin de semana con toda la familia. Si un día no quiero ir por que llegué cansado mi mujer me mira y me pregunta: que te pasa vos sos de Wanderers? y se va sola.

#### Y en el debe, ¿qué le quedó?

Tengo claro que no voy a trascender como un científico famoso, ni que mi nombre estará en una calle, nunca me importó. Pero a la vida no le puedo pedir más, porque soy feliz con mi profesión y mi familia. Creo que, en mi modesta opinión, desde mi lugar estoy contribuyendo en algo con el país, y eso es suficiente.



Muxi es especialista en la elaboración de pizzas con múltiples sabores. Disfruta agasajando a sus amigos



**Como decía un médico que ganó el premio Nobel: hay que morir joven lo más tarde posible."**

DR. ROBERTO NOTEJANE

# “Hay que ponerle un rostro al paciente”

**N**acido en Rivera, Roberto Notejane llegó a Montevideo sin una vocación definida a cursar sus estudios en medicina y con la firme convicción que su especialidad no se volcaría por el lado de la oncología. El doctor Notejane hace 25 años que ejerce como oncólogo. Relata como los avances médicos cambiaron la percepción que tenía del cáncer a la vez que denota carencias que aún el oncólogo tiene para poder brindar un tratamiento integral a los pacientes.

**¿Cuándo definió Ud. que la medicina era su vocación?**

Mi ingreso a la medicina está más vinculado a una forma de pensar de mis padres y en el convencimiento que tenían, que los hijos debían adquirir una formación.

**¿Usted nació en el Interior?**

En Rivera. Mi madre biológica fallece cuando yo tenía 20 meses y mi padre se vuelve a casar con una mujer maravillosa que hizo las veces de madre.

**¿Su padre era médico?**

Era comerciante y luego se dedicó a la ganadería. Le gustaba la cría de ovejas de la raza Merino.

**¿Y de estudiante ya tenía una vocación por la medicina?**

Era tal la falta que tenía de una orientación vocacional definida que al terminar preparatorios de medicina le dije a mi padre, quien siempre le había gustado que fuera médico, que quería revalidar los estudios para hacer la carrera de derecho o algo vinculado con las letras.

**Pero finalmente ingresó a la Facultad de Medicina.**

Recién al final de mis estudios le tomé el gusto a la carrera. En un principio no me encontraba. Me costó darme cuenta que era verdaderamente mi vocación.

**¿Cuándo se produjo el punto de quiebre?**

Al realizar el post grado de medicina interna. Tuve grandes docentes. Al



El Dr. Roberto Notejane junto a su esposa frente al Palacio Imperial de Tokio.

frente de la Cátedra estaba el Dr. Carlos Oehninger. Integraba la cátedra el Profesor Mario Medina. Era un “poema” escucharlos. Tuve docentes como Manlio Ferrari, Dante Tomalino, Olga Muras, quienes junto a otros hicieron historia. Poco a poco fui entendiendo el amor por lo que se hace.

**Y la Oncología. ¿Cómo entró en su vida?**

Me vinculé con el servicio de Oncología del CASMU. En el año 1985 se formó la Cátedra de Oncología y el Dr. Ignacio Musé me estimuló a que me presentara al primer concurso para la provisión de cargos. Fui el primer médico asistente de servicio, es decir Grado 2. Definitivamente se encauzó mi vocación.

**¡Al fin se dio!**

Durante mi carrera recuerdo haber dicho que jamás iba a trabajar en el área de la oncología. Me parecía una especialidad frustrante y deprimente. Eran comienzos de los años ‘80 y el conocimiento científico sobre el cáncer que llegaba a nuestra formación era relativamente pobre e ineficiente. La expectativa de tratamientos con relativa calidad de vida para el paciente y mejora en la enfermedad era muy baja. Hoy tengo una percepción bien distinta.

**¿Cuánto tiempo estuvo vinculado a la Cátedra?**

Seis años. Luego me fui encaminando a la actividad privada en distintas instituciones. Tuve la oportunidad de trabajar en el exterior, puntualmente en Estrasburgo, Francia. Allí estuve un año y medio trabajando en el servicio de onco-hematología del Hospital Hautepierre de la Facultad de Medicina de Estrasburgo con el Dr. Francis Oberling, un alsaciano referente en su país, un legítimo bon vivant, conocedor de mundo y uno de los últimos “patrón” (Profesor de un Servicio) en medicina en Francia. Trabajé en el campo de las leucemias, oncohematología pediátrica y de adultos. Confirmé que no podía perfilar mi especialidad hacia los niños. Me sentía demasiado vulnerable.



**Ser médico oncólogo demanda mucha contención del paciente, y de su familia, interpretar su psiquismo.”**

### ¿Cuánto lleva en la profesión?

Treinta y dos años.

### ¿Y cambió la percepción que tiene sobre el cáncer?

No caben dudas que hubo enormes avances en la oncología desde que me inicié en la especialidad. Todo lo referente a la sobrevida de los pacientes tuvo un cambio sustancial. La batería de opciones que maneja la especialidad tuvo tal crecimiento que coloca al médico en otra posición. No solo por la aparición de tratamientos diferentes en el arsenal terapéutico sino porque hay un gran avance en el conocimiento molecular de la patología. Hay mejores y más oportunos diagnósticos y mejores y más precisos tratamientos. Hay un claro avance en la sobrevida de los pacientes. Se puede hablar sin dudas del carácter crónico del cáncer como enfermedad.

### Un gran avance sustentado en nuevos conocimientos científicos.

Pero también se ha ido produciendo un cambio en nosotros, los médicos. Un desarrollo personal que posibilita una mejor atención y comprensión del enfermo. Ser médico-oncólogo demanda mucha contención del paciente, y de su familia, interpretar su psiquismo etc. También implica saber que eventualmente vamos a enfrentar la muerte. Y en nuestra idiosincrasia no está previsto prepararse para un evento tal.

### Y un médico ¿está preparado para esta función?

No necesariamente. Un médico con formación universitaria únicamente, en general no está suficientemente preparado para brindar ese sostén. He ahí un camino complejo a conquistar en las futuras generaciones de oncólogos.

### Pero ¿debería?

Estoy convencido de que sí. Es necesario considerar ese aspecto en la formación de un médico. Me doy cuenta de lo desprotegido que está el médico oncólogo que atiende un paciente en solitario en un consultorio. Lo mucho que ignoramos de la preparación personal para este tipo de vivencias. Estamos muy expuestos. Convivimos con nuestros pacientes desde que los conocemos y se genera una relación afectiva, y por ende uno se vuelve más vulnerable.

### La formación del médico apunta al conocimiento científico.

Nuestra formación médica basada en el conocimiento científico no nos permite atender otros aspectos como la psiquis del paciente u otros aspectos no vinculados a lo propiamente médico. Ejercemos la medicina con una formación que claramente se apoya en lo que la evidencia científica confirma. Nuestra preparación médica nos lleva a considerar que lo

que se enferma es el cuerpo, un órgano o un sistema del mismo. Los nombres de las enfermedades se vinculan con su etiología, o sus características histológicas, eventualmente embrionarias. Todo está relacionado con la organicidad, con evidencias científicas, con estudios de investigación que corroboran el beneficio para el paciente de tal o cual procedimiento.

Nuestra concepción occidental de la medicina se diferencia mucho de la oriental que es concebida en forma más integral, holística: cuerpo y alma.

### ¿Basarse en el conocimiento científico, no es lo correcto?

Claro que sí, pero además de los avances científicos debe haber un avance en la atención integral al paciente. Estamos acostumbrados a tratar el cuerpo y la gran mayoría de las veces no es lo único que está enfermo. Aquello que la mente no pudo resolver es el cuerpo el que paga el costo enfermando. Si ante una situación de esa naturaleza no se toman las precauciones necesarias, se dan las condicionantes para que en la historia del individuo aparezca un evento orgánico de enfermedad, una somatización, cuya manifestación puede ser un tumor. Es un concepto diferente. La medicina oriental concibe el tratamiento de un enfermo de una manera más holística o sea integral.

### Son culturas diferentes.

Es importante incorporar conocimientos de distintas culturas. Hace al desarrollo personal que hablamos anteriormente.

### ¿Conoce Oriente?

En India estuve 52 días. En China conocí las ciudades tradicionales y también parte de su “tierra adentro” y también estuve en Japón, Pakistán y Thailandia. En fin hago un esfuerzo por viajar a lugares que creo que me aportan conocimiento y son un desafío.

### Todo forma parte de un desarrollo personal.

Sí, son todas vivencias que interactúan en nuestro subconciente y nos enriquecen, pudiendo resultar útiles al momento de asistir a un paciente. Los conocimientos científicos que uno pueda tener son valiosos, pero también las distintas vivencias...nos van dejando una impronta particular. Creo haber aprendido a tratar tanto al ser humano como a la enfermedad en sí misma.

### Le pone un rostro al paciente.

Es lo que trato de hacer. Ponerse en el lugar del paciente es una tarea más exigente, insume tiempo en la consulta e implica involucrarse. Pero estoy convencido que es parte necesaria de una vocación que cuesta mucho construir, pero que puede ofrecer mucha satisfacción a la hora de evaluar el deber cumplido.

## “La Investigación debe estar en la formación del estudiante”

**U**na beca en París definió la carrera del Dr. Eduardo Osinaga, hoy profesor titular del Departamento de Inmunobiología de la Facultad de Medicina. Fue, asimismo, el inicio de un vínculo con Francia que se mantiene desde hace 20 años y que le mereció la distinción de ser condecorado por el gobierno francés por su aporte a la investigación científica.

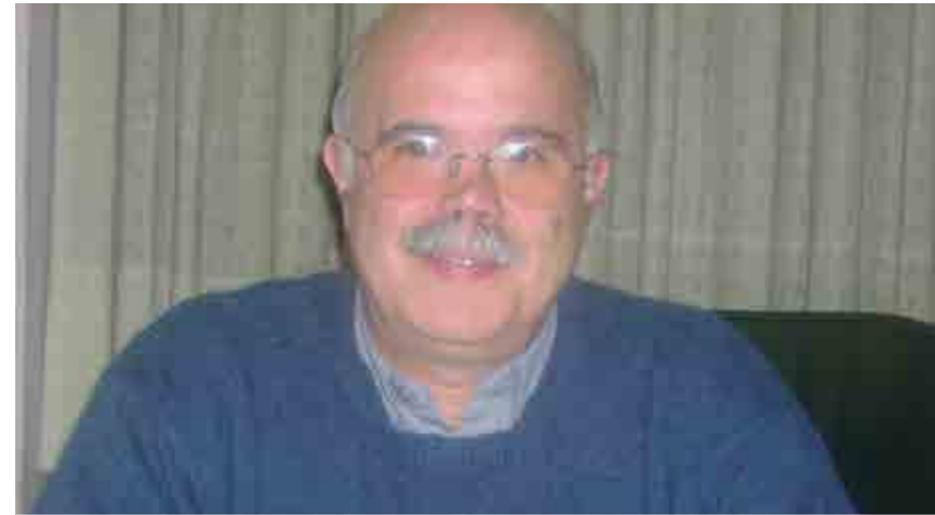
El Dr. Eduardo Osinaga, habló de la realidad actual del Uruguay en el campo de la investigación científica, las oportunidades y debes que el país tiene para optimizar el desarrollo de la actividad.

### En su niñez ¿ya se dibujaba su interés en ser médico?

Nací en el departamento de Colonia. Mis padres me mandaron en primaria a la escuela agrícola “Criado Pérez”. Estaba ubicada a mitad de camino entre Carmelo y Tarariras, en el paraje conocido como “Paso de la Horqueta”. Los lunes por la mañana me dejaban en la escuela y me iban a buscar los viernes de tardecita. Estaba toda la semana aprendiendo tareas de campo. Mi familia pensaba que allí estaba mi futuro. Fueron años fantásticos. Aprendí a trabajar con animales, hacer monte, muchas actividades del campo durante muchas tardes. Pero el campo no me entusiasmaba tanto como para dedicar mi vida. Mi vida transcurrió en el interior hasta que ingresé a la Facultad de Medicina. En los primeros años de la carrera me motivaron los temas relacionados con la Bioquímica y luego me incorporé como docente de dicho Departamento.

### ¿Cuándo empezó su vínculo con Francia?

Hace más de 20 años. En 1988 recibí la notificación para la beca donde hice mi formación de Maestría en Biotecnología y luego de Doctorado en Inmunología del Cáncer. Fueron seis años en Francia, hasta 1994., que marcaron mi formación personal, adquiriendo las bases para luego proyectar en Uruguay un ámbito de investigación en inmunología tumoral. Esta experiencia fue también importante a nivel familiar, ya mi que mi esposa,



Dr. Eduardo Osinaga.

Dra. Nora Berois, también efectuó la Tesis de Doctorado en Biotecnología y nuestros dos hijos los estudios completos en la escuela primaria francesa.

### ¿Mantuvo el vínculo con la comunidad científica francesa?

De vuelta en Uruguay retorno a trabajar en el Laboratorio de Oncología Básica de la Facultad de Medicina. Encuentro la posibilidad de presentarme a un llamado del programa (ECOS) de intercambio entre Francia y Uruguay en el marco de proyectos de investigación. Esto nos permitió seguir manteniendo el vínculo con Francia, continuar yendo a los laboratorios de ese país, recibir investigadores franceses, y sobre todo poder enviar a Europa a jóvenes investigadores uruguayos. En el 2003 el Instituto Curie de París me otorgó la beca Mayant-Rostchild para una estadía sabática de 6 meses. El plan de actividades buscaba generar conocimiento sobre alteraciones de la glicosilación en cáncer de mama, utilizando anticuerpos monoclonales desarrollados en Uruguay. Se estableció un ámbito de investigación conjunta que se ha fortalecido en el correr del tiempo. En 2005, fui nombrado coordinador general del Programa Amsud Pasteur que vincula a 63 instituciones de la región con el Instituto Pasteur de París. El programa facilita la formación de jóvenes y la coordinación está en Uruguay. A partir de 2007 me incorporé al Instituto Pasteur de Montevideo como Investigador Principal responsable del Laboratorio de Glicobiología e Inmunología Tumoral, Este ámbito de trabajo nos ha permitido mejorar sustancialmente las condiciones de infraestructura para desarrollar investigación básica, así como también para la transferencia de tecnologías de interés en el diagnóstico clínico.

### En el campo de la investigación ¿cuál es la realidad de Francia que Uruguay hoy no tiene?

En Francia ser investigador es una opción profesional. En Uruguay dedicarse a la investigación es, a pesar de mejoras al respecto, una opción con



**Se requiere de un mayor compromiso del sector productivo con la investigación. Las empresas uruguayas deberían arriesgar más.”**

escasas perspectivas de remuneración salarial. La situación ha mejorado pero no ha llegado a una realidad de plena satisfacción. Los grupos de investigación han podido funcionar pero con limitaciones. Han mejorado sustancialmente las condiciones de los laboratorios. El Instituto Pasteur de Montevideo representó un cambio sustantivo. La Universidad da un mejor apoyo a través de la CSIC. El PEDECIBA fomenta la investigación pero con un presupuesto reducido. Además del salario y del limitado número de cargos para actividades de investigación, otra gran limitante son los escasos fondos disponibles para el funcionamiento de los laboratorios. Pero estamos lejos no sólo de los presupuestos que se manejan en países como Alemania ó Estados Unidos, sino que a nivel conceptual no se considera, en general, que la actividad en ciencia pueda ser parte de mejores perspectivas para el sector productivo. En ese sentido, nuestros países vecinos se ubican mejor. Por ejemplo, en el Estado de San Pablo, un porcentaje de cada transacción comercial se destina a ciencia y tecnología. No es casualidad el alto nivel de actividades científicas que ahí tienen facilitando la transferencia al sector productivo. El Instituto Pasteur de Paris cuando se originó su principal fuente de financiamiento provenía del ámbito público. Hoy, con un presupuesto mucho mayor, solo 1/3 parte del presupuesto del Pasteur se financia con fondos públicos y las otras 2/3 por lo que produce en patentes, servicios y se obtiene en donaciones. Se trata de un Instituto de Investigación biomédica que genera riquezas.

#### **¿Cuáles son los pasos que se deberían dar para el desarrollo de la Investigación en Uruguay?**

Además del papel central que tienen los fondos públicos adecuados, se requiere de un mayor compromiso del sector productivo con la investigación. Las empresas uruguayas deberían arriesgar más. En Argentina hay 5.000 personas que trabajan en el campo de la biotecnología, hay más de 80 empresas biotecnológicas. Chile va por el mismo camino y en Brasil el desarrollo es aún mayor. La mayor parte del dinero que en Estados Unidos está destinado a investigación básica lo aportan las empresas privadas porque saben que están invirtiendo en la generación de conocimiento y nuevas riquezas, nuevos fármacos, nuevos métodos de diagnóstico. El espectacular desarrollo de biofármacos de aplicación en Oncología Clínica se sustenta en muy importantes y prolongadas etapas de investigación. Es imposible separar la investigación del sector productivo. Separar la Investigación del crecimiento económico de un país. Esto sucede poco en Uruguay, donde para hacer investigación básica hay que estar en la órbita pública. Es casi insólito poder plantearse que una empresa privada realice investigación básica. A Uruguay le falta sentir que invertir en ciencia es invertir en riqueza y que la generación de conocimiento es una fuente de recursos. Hay países que son pequeños, como Finlandia, que gracias a los

desarrollos científicos y tecnológicos generan riqueza. Por ejemplo, sólo 1/3 parte del presupuesto del Pasteur se financia con fondos públicos y las otras 2/3 por lo que produce en patentes, servicios y donaciones.

#### **¿Pero están dadas las condiciones para que una empresa invierta en Investigación? ¿Se protege en Uruguay la patente?**

Uruguay está fuera de lo que es el PCT (Organización Internacional de Patentes), lo que significa una limitante. En los países de la Comunidad Europea o Estados Unidos si uno patenta dentro de la PCT puede evolucionar en la extensión de la patente a diferentes países.

#### **¿Hay otras limitantes?**

Sí el acceder a los capitales que se requieren para cubrir los costos que tiene una patente. En el ámbito público la Universidad o el Ministerio de Educación no tienen fondos para cubrir un depósito de una patente y su seguimiento posterior. Hay una realidad económica atrás de la patente. Muchas veces esto se hace de acuerdo con empresas. Cuantas empresas uruguayas están en condiciones de poner dinero para patentes a nivel biológico. Me animo a decir que pocas.

#### **Con relación a la capacitación, ¿en la Facultad de Medicina se fomenta la Investigación?**

El camino a la investigación se recorre claramente por opciones personales y no porque se encuentra en la ruta que el desarrollo de la carrera fomenta. Se reconoce la necesidad pero falta la instrumentación para que la investigación sea parte de lo que es la formación del estudiante de medicina. Uno mira qué formación tienen los médicos que hace una carrera en EE.UU o en Europa y la diferencia con nosotros es que los estudiantes tienen posibilidades y estímulos para hacer pasantías, estadías largas en laboratorios de investigación. El objetivo no es formar profesionales de Investigación sino que los médicos adquirieran conocimientos y vivencias que luego las van a aplicar en el ejercicio de su profesión. En la formación de un Médico Clínico, de cualquier especialidad, el haber desarrollado etapas de investigación asociadas a un laboratorio de Ciencias Básicas, será de gran importancia para el ejercicio de su profesión, no relacionada con la investigación. En nuestra Facultad la investigación es una vocación. Está dentro de su espíritu pero por distintas razones no es fácil de instrumentar.

#### **Hay pasos dados...**

Hay señales buenas como el haberse creado el Programa de Investigación Biomédica (Pro.In.Bio) que es para hacer maestrías y doctorados en el ámbito médico, donde uno tiene que tener actividad clínica y actividad básica. Este programa ya lleva más de 10 años. Genera médicos que se están for

mando de otra manera pero tampoco uno puede pensar que con solo eso alcanza. Pero es algo distinto que va mostrando una ruta que la Facultad no tenía. Hay becas, pero son para 5 personas al año y de repente aspiran a maestría más de 20 o 25 personas. El objetivo del médico que culmina una carrera de más de 8 años es lograr la estabilidad laboral y económica y no es recibirse y seguir siendo honorario, seguir estudiando sin recibir dinero. Por eso, insisto, el programa de Pro.In.Bio es una señal buena pero no suficiente en la medida que no exista un adecuado número de becas.

#### ¿Podemos perder el tren del conocimiento?

Brasil está invirtiendo en biotecnología. Chile recorrió este camino con distintas industrias por ejemplo, con el desarrollo biotécnico en la parte de salmón especie que no existía en el país. Si un país invierte en educación y ciencia van a pasar años pero la realidad es que lo pone en el concierto internacional para poder competir y también recibir.

#### ¿Qué tipo de investigación puede hacer Uruguay?

Hay científicos en Uruguay reconocidos internacionalmente en distintas áreas del conocimiento. Estamos capacitados para hacer buena investigación. Uruguay debe poder mostrar un perfil particular. Es un país agro productor y tiene buenas instituciones a diferente nivel, por ejemplo el INIA.

#### ¿Se debe plantear una estrategia?

La inversión en conocimiento científico difícilmente se va a manifestar en aumento de riqueza a los 4 o 5 años. Debe pensarse en perspectiva de tiempo en un horizonte de 8 a 10 años. Son desafíos enormes para el sistema político.. Además, debemos formar a los recursos humanos, que no serán investigadores, en el contexto del conocimiento internacional.

#### Entonces la investigación ¿es una opción real en Uruguay?

Quien quiera dedicarse a la investigación en Uruguay no va a tener todo resuelto, por el contrario. Apuesta a algo que requiere sacrificio. Hay que tener mucha garra, gran dedicación, un espíritu innovador. Uno puede estar en un laboratorio decoroso, como es el de la Facultad, pero hay que poner un plus fuerte. Si no hay un salario digno como para dedicarse plenamente no es fácil que la gente tome la opción y la haga bien. El investigador debe tener condiciones económicas razonables para que la dedicación sea lo más alta posible. Y si no, muchas veces la opción es la emigración del profesional. La fuga de cerebros es un tema central. La mitad de la generación que terminó medicina en el 2006 está fuera del país. Hay otra fuga tan importante que es la fuga de la gente que hizo un Doctorado, hizo una formación calificada de post grado y luego no encuentra opciones laborales como para quedarse. Es indispensable la puesta en funcionamiento de



un programa de apoyo a los post doc. Uno de los peores enemigos de la buena investigación es el poliempleo. Si una persona tiene 2, 3 o 4 trabajos es muy difícil que pueda hacer buena investigación. Qué investigación se puede hacer así. Es imposible. En eso los franceses tienen un modelo interesantísimo. Los médicos clínicos que quieran tener dedicación exclusiva se les permiten tener 2 o 3 días por semana donde pueden recibir consultas privadas. Así tienen una compensación salarial en el lugar donde hacen su trabajo central. Están en el hospital a tiempo pleno, reciben remuneración digna y al mismo tiempo pueden tener consultas privadas determinados días y horarios. Así el médico no tiene que trabajar en otro lado. Esto aplicado en Uruguay llevaría a un cambio cualitativo. La Universidad de la República aprobó hace varios años el Régimen de full-time geográfico para los docentes de la Facultad de Medicina. Sólo un docente del Hospital de Clínicas optó por incorporarse al mismo. Está claro que aún queda camino por recorrer para que sea una opción motivante.

#### ¿Hay buenos ejemplos en la región de cómo fomentar que el investigador se quede en el país?

Brasil tiene un programa excepcional, sobre todo en el Estado de San Pablo, con becas de post doctorado de cuatro años y de muy buen salario. En esos cuatro años el investigador o quien terminó el doctorado no solo consolida su formación en el país, sino que también va a conseguir trabajo para no tener que emigrar.

Asimismo, estas becas de post doctorado de categoría permiten que el profesional que esta fuera del país -y quiere volver- pueda insertarse en la sociedad y tener tres o cuatro años de salario digno. Esto le da tiempo para ver qué opciones le ofrece su país.



**Uruguay está fuera de lo que es la Organización Internacional de Patentes, lo que significa una limitante.”**

## “Cuanti más lejos te vayas...”

**P**ueblo Sequeira se encuentra en el departamento de Artigas por la ruta 4 y a pocos kms. del río Arapey Chico, límite con el departamento de Salto. “Las carreras de caballo eran una de la actividades recreativas del pueblo y era una pasión de mi padre y hermanos, por lo cual siempre teníamos algún equino de carrera”, reseñó Robinson Rodríguez, quien luego de cursar en la escuela rural N° 28 y en el liceo departamental se trasladó a Montevideo para seguir la carrera de medicina. El Dr. Robinson Rodríguez, quien hoy es Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Militar, habla de sus orígenes, su carrera, los avances en el tratamiento del cáncer y la oportunidad que Uruguay tiene de participar de estudios internacionales multi céntricos en el área de la oncología.

¿Qué hechos incidieron en su decisión de ser médico?

Una de las cosas que me inclinó a cursar medicina son los recuerdos del pueblo donde vivía. Allí por lo general no había médico o cuando se designaba a uno estaba en el pueblo una semana y las otras tres no, por lo cual para recibir atención había que trasladarse a la ciudad de Artigas a 80 kms ó a la ciudad de Salto a 120 kms. Hice toda la primaria en la escuela rural N° 28. Hace poco la visité y hablando con uno de los que fuera mi maestro, Juan Da Rosa, en 4to. año, recordábamos cuando en esa época íbamos a llevar medicamentos a pie o a caballo a enfermos o hacíamos otras actividades en beneficio del pueblo. Recuerdo la “Campaña Navideña para los ancianos de Pueblito Sequeira” realizada en la ciudad de Artigas. Juan me decía que estas y otras actividades marcaron mi vocación de servicio, especialmente por aquellos más necesitados. Cuando terminé de cursar medicina interna tenía la firme convicción de irme a Pueblo Sequeira y aplicar allí y en el departamento de Artigas mis conocimientos pero no logré conseguir un puesto.



El doctor Robinson Rodríguez mantiene estrechos vínculos con su pueblo natal de Artigas.

¿Y su inclinación por la oncología cuándo surgió?

Por el año 1990, el Dr. Roberto Bicara, quien era el único médico internista de Artigas, me dijo de la necesidad de un médico oncólogo y me alentó a inclinarme por la especialidad de la oncología médica. Intenté volcar mi conocimiento pero bien dicen “nadie es profeta en su tierra”. Si bien antes de recibirme y también después visitaba mi pueblo natal, asistiendo a vecinos y llevando medicamentos para los mismos o para la policlínica, nunca conseguí tener un cargo médico en el pueblo donde nací ni tampoco en la ciudad de Artigas. Pero sigo “dando una mano cada vez que puedo”.

¿Cuándo ingresó a la Facultad?

Ingresé a la Facultad de Medicina en 1980 y egresé en marzo de 1987. Empecé el post grado de medicina interna y enseguida inicié post grado de oncología médica. En el año 1990, ya había concursado en Sanidad Militar y comencé a concurrir en forma honoraria al Servicio de Hematología Especializada, donde adquirí una buena experien



**Cuando hablamos de curación de un paciente estamos hablando que se va a morir de cualquier otra cosa y no por el cáncer que tiene.”**

cia en el estudio y tratamiento de las neoplasias hematológicas, las que profundizaría más tarde en Francia. En el año 1998 pasaría a integrar el nuevo Servicio de Oncología, donde hoy soy Jefe desde el año 2008.

#### **¿Tiene algún vínculo con algún centro del interior del país?**

Mi relacionamiento es fundamentalmente como consultante en Neuro-oncología, con diferentes Instituciones del interior de la República. Pero tengo un vínculo muy estrecho y hay un hospital que quiero mucho que es el Hospital de las Piedras. En el año 1998, luego de volver de Francia, ingresé por concurso como médico de emergencia, cosa que lo haría hasta el año 2010 y es así que observé la necesidad de asistencia de los pacientes con cáncer del ámbito público, especialmente aquellos pacientes terminales o las dificultades de acceso a los centros de Montevideo a pesar de estar tan cerca. Presenté un proyecto para la creación de un Hospital de Día y comencé a realizar consultas en forma honoraria en el año 1999 hasta el año 2010. Trabajo junto a un equipo de enfermería y administrativos y esperamos pronto ver cumplido nuestro sueño del "Hospital de Día" y que los pacientes de las Piedras, áreas de influencia y Canelones, no tengan que venir a Montevideo.

#### **¿Desarrolla la actividad docente?**

Una de las cosas que siempre me gustó fue la docencia y desde el año '90 estoy relacionado a la cátedra de Oncología Clínica, siendo docente primero interino y luego titular desde el año 1993, hasta marzo de 2008 que finalicé la reelección de Profesor Adjunto. En abril de 2008, el Consejo de la Facultad de Medicina me nombró como Médico Especializado Colaborador Honorario, por lo cual sigo relacionado a la misma, fundamentalmente como Coordinador de la Unidad de Neuro-oncología.

#### **¿Cómo vivió Ud. la experiencia de capacitarse en el exterior?**

Estuve un año en Francia, en el Centro Regional de Oncología Léon Bérard de Lyon, donde en los seis primeros meses profundicé los conocimientos en neoplasias hematológicas y adquirí una sólida experiencia en trasplante de médula ósea con stem cells periféricas. En los seis meses siguientes me dediqué básicamente a los tumores sólidos y adquirir experiencia en estudios de investigación clínica. Al mismo tiempo cursé estudios en la Universidad Claude Bernard de Lyon, obteniendo el Diploma de Alta Especialización en Oncología Médica. Luego concurrí en dos oportunidades más, en el 2008 una pasantía de dos meses en el área de la Gestión, sin perjuicio de participar en

otras actividades de oncología. Generé lazos de profunda amistad y vinculación académica con el Prof. Jean- Pierre Droz, quien en ese momento era el Director del Departamento de Cancerología y luego alcanzó la presidencia de la Sociedad Internacional de Oncogeriatría (SIOG). Droz visitó Uruguay varias veces y en año 2008, tuve la oportunidad de llevarlo a Artigas y que conozca mi querida Escuela Rural N 28. Creo que es importante que los oncólogos jóvenes, tengan la posibilidad de tener una estancia en el exterior del país en centros oncológicos de referencia. Estas experiencias nos permiten ver hacia dónde va la medicina, los avances médicos, las tendencias en la investigación.

#### **¿Qué papel considera que juega la gestión en la salud?**

La gestión hoy día no es como hace 20 o 30 años donde alguien que era un excelente profesional médico, se pensaba que era suficiente para gestionar instituciones de salud. Cada vez más la gestión cobra importancia y se debe tener conocimiento de herramientas de gestión, liderazgo, manejo de capital humano, etc. Los avances médicos son muy dinámicos e implican aumentos de costos. La salud "no tiene precio pero tiene costos" y los recursos son finitos, por lo cual es fundamental un buen balance entre el mejor tratamiento del punto de vista de un especialista, sin perder de vista el concepto de acceso y equidad de todos los usuarios. El especialista siempre va a querer el último tratamiento para su paciente. Desde el punto de la gestión hay que apuntar a que la salud alcance a todos. En un sistema siempre acotado de recursos hay que saber gestionar bien. Es un tema mundial.

#### **¿Cuáles han sido los avances en la oncología que Ud. destacaría?**

En la oncología médica hubo grandes avances en los últimos 10 años. No sólo en lo que hace a la cirugía, a los tratamientos quirúrgicos, a los diagnósticos, sino también a lo referente a los equipos de tratamientos, en especial la radioterapia. La incorporación del PET-CT en Uruguay es un avance sustantivo. En cuanto a los medicamentos, los avances han sido en nuevas moléculas de citostáticos (quimioterapia), pero fundamentalmente las nuevas moléculas de tipo "blanco molecular" o "target" para determinados tipos de tumores. Hay nuevas moléculas para el cáncer renal, cáncer de pulmón en etapa avanzada y los antiangiogénicos especialmente en cáncer colo-rectal avanzado y glioblastoma. Hay moléculas que son empleadas con carácter adyuvante, es decir con criterio curativo. Por ejemplo, el Rituximab que es un anticuerpo anti-CD20 ha significado curar más pacientes con linfoma e incluso tiene indicación para otras enfermedades. En tumores sólidos destacamos el Trastuzumab, un anticuerpo contra

#### **"HEMOS PERDIDO ESTUDIOS CLÍNICOS"**

Uruguay tiene varias ventajas comparativas para participar en estudios clínicos internacionales. Sin embargo, hemos perdido estudios clínicos fundamentalmente por la demora de los organismos oficiales: autoridades regulatorias, MSP o incluso el Banco de Órganos y Tejidos. Hay veces que la demora en la aprobación es de un año, aunque somos optimistas que estos tiempos se vayan acortando", remarcó el Dr. Robinson Rodríguez.

"Cuando los pacientes participan en estudios clínicos acceden al beneficio de los medicamentos y esos son costos que se reducen en la asistencia que el sistema debe ofrecer. Asimismo, participar de un estudio puede implicar para el paciente acceder a nuevos tratamientos y muchas veces a drogas que aún no están disponibles y que en algunas casos es la única posibilidad terapéutica", concluyó el especialista.



**Investigaciones demostraron que determinados tumores marcan la presencia de genes específicos y se los ataca con medicamentos apropiados.”**

el cáncer de mama que presentan la sobre-expresión del gen HER-2/neu, mejorando el mal pronóstico que tenían las pacientes con estos subtipos de tumores, quienes logran mayor sobrevida libre de recaída y sobrevida global. Se curan más mujeres. A pesar de los avances se identifica aún al cáncer con muerte. Hay que vencer algunos mitos del cáncer. Ha habido avances no solo en los diagnósticos sino también en los tratamientos y aumentos de las tasas de curación. Como concepto global se puede afirmar que más del 50% de los pacientes de cáncer se van a curar, aunque esto es muy variable, dependiendo del tipo de tumor y estadio de presentación.

#### **¿Se puede hablar de cáncer como una única enfermedad?**

Cada vez más asistimos a la terapia personalizada. Las investigaciones demostraron que determinados tumores marcan la presencia de determinados genes y se los ataca con determinados medicamentos, pequeñas moléculas o anti cuerpos monoclonales o antiangiogénicos, etc. Así por ejemplo, no hay un cáncer de mama sino varios subtipos. Claramente los que son Her 2+ se tratan con quimioterapia y con el anticuerpo Trastuzumab. En el cáncer de pulmón que en los últimos 20 a 30 años no hubieron avances en el tratamiento, hoy estamos asistiendo a que si presenta cierto subtipo histológico, por ejemplo los adenocarcinomas, los pacientes responden mejor a los tratamientos con determinados citostáticos. Empezaron a aparecer otras moléculas como los antiangiogénicos, por ejemplo el Bevacizumab, cuyos pacientes logran beneficios de una mejor sobrevida libre de progresión (SLP), mejor sobre vida global (SG). Los conocimientos que se obtuvieron de otros perfiles moleculares como el EGFR demostraron que los pacientes si tenían la mutación, responden mejor a determinados tratamientos. Es claro que cada vez más estamos asistiendo a una terapia personalizada. Se puede hablar de avances en cánceres muy agresivos. Desde el año '98 soy el coordinador de la Unidad de Neuro- Oncología que está integrada por oncólogos, radioterapeutas y neurocirujanos, entre otros especialistas. Estamos apreciando avances en el tratamiento de los tumores cerebrales. Los gliomas en el adulto por lo general tienen un pronóstico decepcionante y mala evolución a pesar de los tratamientos. Sin embargo, en los últimos tiempos hemos visto avances.

#### **¿Qué tipo de avances?**

Antes era prácticamente anecdótico lograr sobrevida a 5 años en glioblastoma, que es el tumor más agresivo no sólo en el cerebro sino en el resto del organismo. Con los nuevos tratamientos que combinan radioterapia y quimioterapia como la temozolomida, podemos lograr que entre un 10% a un 14% de los pacientes alcancen sobrevida a 5 años, lo que no es poca cosa. En tumores cerebrales ha habido mu-



El Dr. Robinson junto a su hermano Rubido en Sequeira.

chos avances sobre todo en los gliomas, tanto de bajo grado como de alto grado. El conocimiento de determinados marcadores, permite conocer el perfil molecular de estos tumores y esto se está traduciendo no solo como elementos para evaluar mejor al paciente desde el punto de vista pronóstico sino también terapéutico. Nos posibilita elegir cual va a ser el mejor medicamento, con qué producto podría funcionar mejor. En definitiva tener una estrategia de tratamiento. Sobre todo en los gliomas de bajo grado, que por lo general son paciente jóvenes menores de 40 años, y que van a ser largos sobrevivientes. Estos pacientes que tienen una sobrevida de 10 a 15 años, hay que tratar de darle una mayor sobrevida pero con una buena calidad de vida, buscando en cada momento el tratamiento más adecuado.

#### **¿Hay oncólogo hoy en Artigas?**

Por suerte Artigas tiene hoy su oncólogo: el Dr. Luis Gonçalves, del cual fuera uno de sus docentes y con el cual frecuentemente intercambiamos opiniones sobre casos clínicos que él trata allí y en departamentos vecinos. Y en Pueblo Sequeira está aún la cancha de fútbol donde jugaba.

#### **¿La práctica del fútbol es otra de sus pasiones?**

Como a mi pueblo, al fútbol no lo abandono. En Montevideo hace casi 20 años que los sábados junto a colegas y amigos jugamos fútbol 5. Soy uno de los fundadores del equipo. En mi cuadro... soy un profeta.

## Una fernandina bajo cero

**E**l calor de su familia y amigos le dio soporte para trasladarse a Montevideo a cursar Medicina. Allí descubrió que le apasionaba la investigación con foco en la neuro-oncología, especialización que buscó hacerla con uno de los grupos de trabajo que más publicaciones había realizado en el mundo. La elección la llevó a o donde profundizó sus conocimientos científicos y al compás del baile del tango, su hobby, conformó una nueva familia.

Nacida en Montevideo Gloria Roldán Urgoiti se considera fernandina ya que en Maldonado realizó toda su primaria y liceo. Al finalizar secundaria sabía que su carrera se orientaría por el lado de la salud pero fue descubriendo su pasión por la investigación en el curso de sus estudios terciarios.

### ¿Cómo llega a vincularse con la medicina?

En mi familia no hay antecedentes de medicina así que no me sentí influenciada en ese sentido. Empecé Enfermería Universitaria y cuando hice una rotación por el Departamento de Oncología fue que decidí que quería ser oncóloga. Empecé Medicina ya sabiendo la especialidad que iba a seguir después. Podría haber cambiado de opinión durante la carrera pero no fue así.

### ¿Qué destacaría de su carrera?

Durante mi Residencia en Oncología tuve la fortuna que comenzó el programa Pro.In.Bio. en la Facultad de Medicina y en ese contexto hice mi Maestría en Investigación Biomédica. Descubrí que me apasionaba la investigación tanto básica, clínica o translacional. El entrenamiento que recibí como parte de ese Programa sigue siendo fundamental para mí, siempre lo va a ser.

### ¿Y qué cosas fue descubriendo en esa etapa de aprendizaje?

Me di cuenta que me gustaba tratar pacientes con tumores cerebrales (Neuro-Oncología) y con el incondicional apoyo de mi familia y mi mentor empecé a buscar donde podía especializarme en el área. Nadie lo había hecho antes así que no podían orientarme. Mientras otros buscan dón-



La doctora Gloria Roldán en Calgary, Canadá.

de especializarse de acuerdo a contactos en otros países o pensando en la experiencia de trasladarse a Europa o determinado lugar que les gusta, yo busqué un grupo que hiciera Neuro-Oncología clínica pero también investigación. Busqué las personas que más publicaban en esa área. Así contacté al grupo de los Profs. Cairncross y Forsyth y terminé en Canadá. No tenía idea de a dónde iba, tampoco me importaba mucho. Mi intención al irme nunca fue quedarme en el exterior pero la vida me ha enseñado que uno no debe planificar a muy largo plazo.

### ¿Cómo fueron los primeros tiempos de esa experiencia en el exterior?

Llegué a Calgary, un 7 de enero, en plena tormenta de nieve y a -32 grados. Mi primera visita fue corta, solo una semana. Fui a dar uno de los múltiples exámenes necesarios para completar la parte administrativa. Pero lo anecdótico de esa visita es que cada día, a las siete de la mañana, el profesor me visitaba al hotel donde yo me hospedaba, para desayunar y asegurarme que el clima en Calgary no es siempre así. 'Esto es una gran tormenta, no vaya a decidir no venir por el clima', me alertaba. Sabía del clima templado en Uruguay y estaba convencido que iba a rechazar el puesto que me ofrecía por el estado del tiempo. Después entendí que realmente fue una excepción, en cinco años solo una vez vi otra tormenta igual. Sin embargo, nunca consideré no ir por el clima.

**El clima en Canadá es conocido por la crudeza del largo invierno. Roldán buscó tener otras actividades que le permitieran llevarlo de la mejor manera y para eso sumó el 2x4.**

#### **¿Y el proceso de adaptación?**

Creo que adaptarse a otro lugar lleva tiempo, especialmente llegar a entender la forma de pensar de la gente. Recuerdo que a los seis meses de vivir en Canadá, me di cuenta que era capaz de comprender a los canadienses, de entender su idiosincrasia. Siempre me sentí muy cómoda con su forma de pensar. Por ejemplo, nadie marca tarjeta en el trabajo porque se da por entendido que vas a llegar en hora y vas a salir una vez que termines tu horario y lo que tienes que hacer. Hay una confianza y un honor de base. Por supuesto, si quieren pueden controlarte y si descubren que no cumples el horario como lo firmaste en tu contrato estas despedido sin derecho a protesta, y sin aviso previo. Son muy rígidos en las reglas, pero eso hace que sepas a qué atenerte. A mí me gusta. Lamentablemente, los títulos médicos no son reconocidos cuando uno se mueve de un país a otro y la reválida de medicina general se hace por exámenes pero la especialidad es otra cosa, mucho más complejo. Lo bueno es que puedo trabajar en Neuro- Oncología e investigación mientras sigo los requerimientos para que me reconozcan Oncología Médica en su totalidad.

#### **¿Qué otras cosas hizo más allá de lo laboral?**

Cuando en invierno hace tanto frío uno corre el riesgo de ir del trabajo a la casa y nada más. Hacía como tres años que estaba en Canadá cuando una pasante holandesa me invitó a unirme a una clase de salsa. Le sugerí, que ya que le gustaba bailar, fuéramos también a clases de tango, así conocía un poco de la cultura uruguaya. Entre baile y baile conocí a mi alma gemela, Guillermo, y hoy el baile es nuestro hobby.

#### **¿Qué otros vínculos mantiene con Uruguay?**

Paso todas mis vacaciones en Uruguay. Trato de venir dos veces al año a ver a mis padres. Mantengo siempre vínculos con la comunidad científica. Los pacientes con tumores cerebrales en Uruguay se tratan con los mismos planes que a nivel internacional y cuando nuestros profesionales tienes dudas, es porque todos las tenemos. Mis colegas saben cómo contactarme y es un placer comentar casos difíciles o compartir comentarios. La oncología va evolucionando muy rápidamente. Es imposible saber todo de todas las localizaciones tumorales y es por eso que los oncólogos nos vamos sub-especializando en distintas áreas. En muchos casos, algunos tumores pueden considerarse como una enfermedad crónica, ya que el paciente lleva una vida casi normal y fallece por otras causas. En otros casos, lamentablemente, poco se ha avanzado y es por eso que no me canso de resaltar la importancia de educar a los médicos en investigación como lo hace el Pro.In.Bio. en nuestro país.



## “El cáncer es la enfermedad crónica con mayor posibilidad de cura”

**B**asquetbolista en la cancha y dirigente de fútbol en la tribuna, el Dr. Miguel Torres entró a jugar su partido en oncología luego de ganar los concursos que lo llevaron a ser catedrático y un referente en cáncer colon recto.

Torres no duda en resaltar el origen humilde de sus padres, llegados a Uruguay de Palma de Mallorca. Hoy el doctor Torres es socio de una de las clínicas de radioterapia más importantes de Uruguay que comprende una estructura edilicia con más de 3.000 m<sup>2</sup> construidos. El Dr. Torres subraya que el cáncer es la enfermedad crónica que tiene más posibilidad de cura.

### ¿Qué le llevó a seguir la carrera de medicina?

Mi padre era de origen rural, no tenía estudios, pero sí la firme convicción que sus hijos tenían que formarme en una carrera universitaria. “Cuando cursaba 5 de año de escuela mi padre estudiaba a mi lado para así tomar los conocimientos que no pudo obtener en la infancia. No tuve ningún antecedente familiar médico y mi introducción en la Facultad de Medicina fue por la vocación y el deseo de ser doctor.

### ¿Qué lo perfiló a la oncología?

Trabajaba en la clínica del Dr. Ohniger donde se trataban muchos tumores y allí me involucré con la patología y la medicación que se daba en aquel momento. Adquirí profundos conocimientos en la administración de la medicación anti tumoral y tomé la decisión de entrar al Hospital del Clínica, donde se hacía el post grado en oncología. Definitivamente mi introducción en la oncología, fue espontánea y sin inducción.

### ¿Cómo fue su trayectoria?

Al principio hacía el post grado y trabajaba como médico general en algunas



Dr. Miguel Torres.

instituciones porque tenía la necesidad de ganar dinero para subsistir. Luego gané un concurso de Grado 2 y me establecí un poco más en lo económico. Así fui dejando trabajos de medicina general. Posteriormente gané el concurso de Grado 3 y tuve la oportunidad de trabajar diez años en el Instituto de Oncología. Más tarde di el concurso de Grado 4 y lo gané para dar luego el concurso de Grado 5, es decir de Catedrático, que también gané.

### Acompañó sus jóvenes años con el deporte.

Fui jugador de basketball. Jugué en Goes y en Olivol Mundial en tercera división. Había partidos con un marco muy agresivo. Recuerdo un partido que Olivol Mundial fue a jugar contra Barrio Obrero - cuadro que hoy no existe- en su cancha de Carlos María Ramírez (pasando el Pantanoso). Ganamos el partido y descendieron a cuarta lo que generó una batalla campal. Tuvimos que salir corriendo hasta el puente, vestidos de jugadores con la ropa en la mano. Fue ese día que dije que el basketball ya no es más para mí y lo dejé. Me dediqué totalmente a la medicina.

### Pero lo atrapó el fútbol.

Fui directivo, vicepresidente de Nacional, en la época de la segunda vicepresidencia de Don Dante locco. Fueron 6 meses pero me alcanzaron. La actividad de dirigente es muy demandante de tiempo. Las directivas empezaban los lunes a las 19.30 y terminan a las 01:30 de la madrugada del martes, luego cenábamos en una parrillada. Llegaba a casa pasada la madrugada. La situación era “un penal”.



**La imagenología registró un desarrollo muy importante y hoy podemos planificar mejor los tratamientos.”**

### **Mantiene fuertes vínculos con España.**

Mi padre era español, nacido en Palma de Mallorca. Cada año alterno me doy una vuelta por allí porque tengo primos hermanos. Incluso entre los años '50 y '52 viví en Palma de Mallorca. Hoy tengo la ciudadanía española. En Montevideo pasé toda mi infancia y juventud en Reducto, luego en Pocitos para finalmente mudarme a Carrasco donde vivo con mis dos hijos.

### **Durante su trayectoria cómo oncólogo ¿qué avances registró la Oncología?**

Hay que tener en cuenta que la oncología es una especialidad multidisciplinaria. Hay oncología médica, oncología radiante, oncología quirúrgica, imagenología y anatomía patológica. Me animo a decir que los oncólogos radioterapeutas son más clínicos que los médicos. Dentro de la oncología radioterápica se dio un gran paso en la incorporación de equipamiento sofisticado ayudado por la imagenología. Allí se registró un desarrollo muy importante y hoy podemos planificar mejor los tratamientos. A su vez también la aparición de fuentes radioactivas más fáciles de aplicar. Dentro de la oncología médica es de destacar la aparición de anti cuerpos monoclonales que han cambiado la historia de los tratamientos médicos oncológicos.

### **Cómo está Uruguay en Acceso a Medicamento**

Los medicamentos están pero hay veces que los que se encuentran son los que no queremos dar. Hay situaciones que por abaratamiento no se da la medicación original. Se dan los similares o las copias y eso no es bueno. Hay un laboratorio que destruyó todo lo citostático con precios imposibles que uno no sabe si dan agua o qué porque la ecuación no cierra. Falta un mayor control. Hay medicamentos que son registrados en Salud Pública y luego no permiten darlos. Hubo que hacer una lucha judicial para que liberaran un medicamento para cáncer de riñón y leucemia.

### **En definitiva como define la atención oncológica en Uruguay.**

Estamos mejor que tiempo atrás, muchísimo mejor pero aún no alcanzamos el nivel de excelencia. Antes no había aceleradores lineales. Ahora tenemos esta tecnología incluso en el Interior. Nosotros (Clínica Cor) vamos a poner el cuarto acelerador lineal, una unidad de braquiterapia de alta tasa de dosis y un segundo tomógrafo computado. Pero insisto la tecnología como el PET que se incorporó hace poco es muy importante.

### **¿Podrá ser posible posicionar al cáncer como una enfermedad curable?**

El cáncer es la enfermedad crónica que tiene más posibilidad de cura. El diabético no se cura más. Tampoco el hipertenso, el alzheimer, la artritis, el parkinson, una parálisis cerebral. Ninguna de estas patologías tiene cura. Sin embargo, en el común de la gente cáncer es igual a muerte. Los avances en los tratamientos del cáncer van a empezar a cambiar esa percepción.



## “El cáncer de pulmón en la mujer es un problema”

**E**l Dr. Mario Varangot se define como un adicto al jazz. Para él no hay placer más supremo que la improvisación alternada de un saxo, una batería, un piano, un contrabajo y una trompeta. “El jazz no sé si es para mí un momento de escape, pero quizá evite que tenga que hacer consultas con mis amigos psiquiatras”, afirma con una dosis de humor. Para Varangot, grado IV en Oncología, no hay mayor desafío que recorrer los nuevos caminos que acompañan a su especialidad.

En la actualidad El Dr. Mario Varangot es profesor agregado del Servicio de Oncología Clínica del Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas, al tiempo que forma parte de un equipo de expertos que están sumergidos en la compleja tarea de explorar biomarcadores que ayuden a determinar tratamientos oncológicos a medida.

Varangot se formó “completamente” –como lo sostiene con énfasis– en la Universidad de la República, tanto en medicina interna como en oncología médica.

La docencia la comenzó a ejercer tempranamente, cuando todavía era estudiante en la Cátedra de Bioquímica.

En pleno proceso de formación como oncólogo y docente en oncología médica ocurrió a fines de la década de 1980 un hecho que marcó un antes y después en su vida: accedió a una beca para formarse en el prestigioso instituto Gustave Roussy de París.

En la entrevista, Varangot, un experto en cáncer de pulmón, se refiere a los accesos a los tratamientos, la ingeniería aplicada al diseño de biomarcadores, la psicología médica así como a los retos de su especialidad.

**¿El desarrollo que muestra la oncología en los últimos años se percibe más en el diagnóstico o en el tratamiento?**

Se percibe en ambas. Es evidente que la práctica clínica corriente ha cambiado en estas áreas. En forma continua y constante se incorporan nuevos



Dr. Mario Varangot.

recursos para estudiar mejor a nuestros pacientes. Por ejemplo, establecer la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico es un hecho imprescindible para definir la conducta a seguir. Entre los aportes más significativos al respecto está el PET-CT. No obstante, si bien se le reconoce una mayor sensibilidad que los estudios disponibles hasta el momento como la tomografía axial computada y de uso corriente ya en algunas situaciones clínicas, está en curso poder definir e identificar con más precisión cuáles son sus verdaderas indicaciones y su mejor utilidad. Esta evaluación de validación es común y se aplica a otros variados y nuevos métodos de estudio (entre otros, la eco-endoscopia) o los marcadores biológicos que pretenden establecer el valor pronóstico de la enfermedad, unos o predictivos de respuesta al tratamiento, otros.

En lo que respecta al tratamiento contamos con nuevas drogas dirigidas específicamente contra las células tumorales lo que traduce un mejor conocimiento de la biología tumoral, un concepto moderno apoyado en los aportes de las ciencias básicas como la biología molecular y la genética, entre otras. También, se observan progresos con otros recursos como la cirugía (con nuevas indicaciones aun en pacientes diseminados) o la radioterapia a través de sus avances técnicos. Todos ellos permiten obtener ventajas tanto en calidad de vida como en términos de sobrevida.



**Es probable que en el futuro uno de los grandes progresos terapéuticos se produzca al asociar diversas drogas dirigidas a diferentes blancos moleculares.”**

### **¿Se está reduciendo la mortalidad por el cáncer?**

En líneas generales, no es claramente evidente la disminución global de mortalidad por cáncer. Sin embargo, se ha observado en Uruguay alguna disminución en la mortalidad por cáncer de mama, como sucede en otros países.

### **¿Se puede afirmar que alguna vez se derrotará el cáncer?**

Siendo oncólogo y acorde a la información disponible, no quiero pensar que no vaya a ser así. Uno tiene la impresión de que se ha iniciado el camino para que esto suceda. Hoy, el diseño de los tratamientos obedece más a conocer mejor a las células neoplásicas y a concebir tratamientos que sean específicos contra las alteraciones que son propias de la célula de cáncer, a diferencia de lo que sucedía hace 40 años cuando disponíamos de una droga y el tratamiento era empírico, es decir funciona o no funciona, pero no sé por qué.

### **Asociar cáncer con muerte ¿es un estigma social, un error conceptual que debe ser corregido o una realidad?**

Es lo que la sociedad percibe. A pesar que muchos de los pacientes que tienen diagnóstico de cáncer no fallecerán por este motivo, en tanto la muerte por cáncer en nuestro país alcanza a un 25% y es muy frecuente, su asociación con la muerte es inevitable. Cada paciente y su familia tendrán su propia realidad. Quizás se deba a que uno de los problemas que los médicos enfrentamos todavía en muchos casos es que ante un paciente operado de cáncer y sin evidencia en ese momento de metástasis, no estamos seguros que esa persona vaya a ser curada. Sabemos que en un grupo dado muchos se curarán pero no quienes lo harán. Todavía no tenemos herramientas para conocer el pronóstico individual de cada paciente. Probablemente por probabilidad estadística sea curable, pero hasta que no pase el tiempo suficiente, no lo sabremos.

### **¿Qué valor le atribuye a la Psicología Médica en la rehabilitación de un paciente oncológico?**

Un valor preponderante. La calidad de vida del paciente también depende de cómo procesa esta nueva realidad en su vida. Y aquí pesa la percepción social a la que aludíamos. Una persona que se entera que tiene un cáncer cree que ya tiene la causa de muerte definida, y esto rotundamente no es así para muchísimos pacientes. Creo que por más que los médicos oncólogos hagamos el esfuerzo de acompañar a nuestros pacientes en esta situación, entiendo que quienes no tenemos formación en psicología, no debemos creer que por tener un buen diálogo con nuestros pacientes signifique que estamos en condiciones o sea suficiente para manejar este aspecto de los mismos. Esto lo aportan,

como corresponde, otras especialidades como la psicología y la psiquiatría en caso que el paciente lo acepte, claro está.

### **La oncología clínica está cambiando su enfoque a partir del advenimiento de los blancos moleculares ¿Estos fármacos suponen un avance importante en la batería de tratamientos?**

Este tipo de terapias dirigidas se debe a que conocemos mejor el comportamiento de la célula tumoral. En ese sentido, estamos eligiendo blancos terapéuticos que les son propios y biológica y metabólicamente importantes relacionados con la supervivencia de estas células, concretamente la reproducción y el crecimiento tumoral. De todas formas, corresponde precisar que la situación no es tan simple, que no parece suficiente bloquear un paso metabólico de un sistema que sabemos mucho más complejo. Es probable que en el futuro uno de los grandes progresos terapéuticos se produzca al asociar diversas drogas dirigidas a diferentes blancos moleculares.

### **¿Considera que la población uruguaya afectada se está beneficiando de los avances que ha experimentado la oncología?**

En cierta medida, sí. En Uruguay la población tiene acceso a los planes básicos de tratamientos sistémicos, como la quimioterapia, la hormonoterapia e incluso a varias de las drogas dirigidas contra los nuevos blancos moleculares. Hasta donde podemos observar en el contexto latinoamericano, Uruguay está bien ubicado pues prácticamente todos los pacientes pueden acceder a estas drogas, al menos para algunas indicaciones, pues aún hay nichos donde algunos fármacos todavía no tienen cobertura financiera para su uso. Sin duda un tema de compleja resolución.

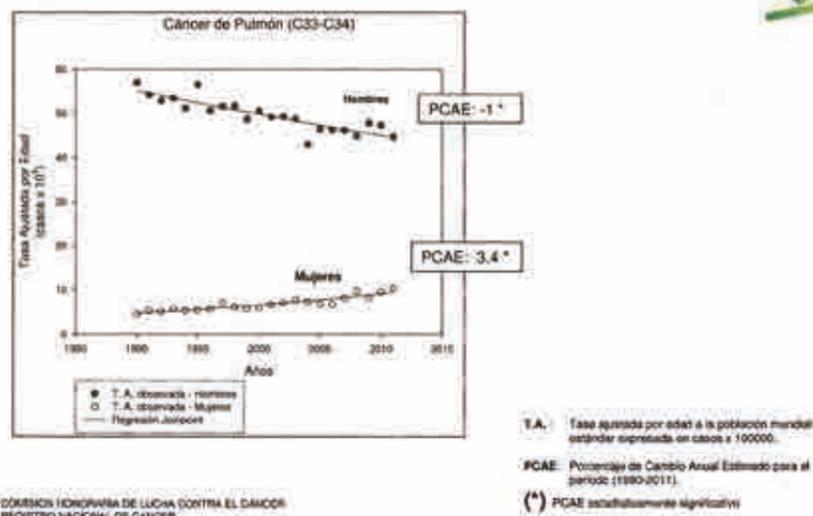
### **En esta materia ¿cómo es la brecha con el primer mundo?**

Pienso que es una brecha que se ha reducido en los últimos años. Probablemente, existan diferencias, no siempre fáciles de cuantificar. De todos modos, lo positivo es que nuestra población puede acceder a algunas indicaciones de estas nuevas herramientas terapéuticas. Debemos mencionar también que su indicación, subvención y uso en los países del primer mundo no es sistemática ni homogénea, entre ellos.

### **Usted integra un equipo de expertos que está dedicado a la exploración de nuevos biomarcadores...**

Así es. Es un equipo integrado por biólogos moleculares, bioquímicos, oncólogos clínicos, cirujanos y anatómo patólogos que pertenecen al Hospital de Clínicas, al hospital Maciel, al Laboratorio de Oncología Básica de nuestra facultad y del Instituto Pasteur de Montevideo. Partici

### Tendencias recientes de la Mortalidad Cáncer de Pulmón 1990-2011



po en la coordinación de la parte clínica. Como tales, vemos a nuestros pacientes y convivimos con el desafío oncológico cotidiano como un problema de salud pública, pero en tanto el cáncer es una enfermedad molecular es inevitable el vínculo básico-clínico y por tanto fundamental el trabajo con los bioquímicos, los genetistas y los biólogos moleculares, entre otros. Resulta relevante para que podamos conocer las funciones alteradas que tienen las células neoplásicas, saber por qué son tales y por ejemplo porqué son capaces de evitar la muerte celular y por ende favorecer su vida continua.

#### ¿Cómo es esa tarea?

Estamos trabajando en cáncer de pulmón, tratando de individualizar qué alteraciones puedan existir en uno de sus componentes, las glicoproteínas y las enzimas que las procesan. Y en este caso, si lo presentan también las células normales. Esto podría permitir identificar células de cáncer y sus alteraciones, pasibles de constituir blancos terapéuticos o al menos marcadores de utilidad clínica de valor pronóstico o capaces de predecir respuestas a drogas.

#### ¿Cuál es el objetivo último de esa ingeniería vinculada a los biomarcadores?

Hasta el momento se considera que la población de células tumorales es heterogénea. El objetivo último es componer un tratamiento específico, digamos a medida de dicha diversidad biológica. La personalización de los tratamientos oncológicos es uno de los objetivos y de alguna manera, de los avances más importantes en esta disciplina. Gran

parte de la investigación en oncología está ocupada en esta tarea. En un lenguaje llano, lo que se busca son marcadores que nos permitan identificar si un paciente con un cáncer determinado será sensible o no a la droga A o si va a ser o no sensible a la droga B y así confeccionar un plan ajustado no solo a su efectividad sino también a evitar efectos secundarios innecesarios a los pacientes.

#### Usted se especializó en materia de cáncer de pulmón...

Le he dedicado más tiempo que a otras localizaciones tumorales. Lamentablemente, en el hombre sigue siendo en todo el mundo occidental, la primera causa de muerte por cáncer, más allá que para el sexo masculino se ha registrado un descenso en los últimos años. Lo preocupante es que la incidencia del cáncer pulmón, que en esencia es una enfermedad tabaco dependiente, se está incrementado en la mujer. En Uruguay, el cáncer de pulmón está ubicado en el cuarto lugar de causa de muerte en la mujer, cuando hace unos 20 años no ocupaba los primeros 10 lugares. No es para nada improbable que en los próximos años el cáncer pulmón supere al cáncer de mama como la principal causa de muerte entre las mujeres uruguayas.

#### ¿Cuál es la razón?

Muy sencilla. La mujer comenzó a fumar más tarde que el hombre. Si uno mira las curvas de incidencia y de mortalidad de cáncer de pulmón en la segunda mitad del siglo XX, hay un claro ascenso en la mortalidad de cáncer de pulmón en el hombre hasta los años 1990, década en la que comienza a producirse una declinación. En cambio, en la mujer comienza a registrarse un ascenso. Por lo tanto, al momento no puede existir mejor consejo de la medicina preventiva que el de combatir y desaconsejar el tabaquismo.

#### ¿Cómo convive con una especialidad que muchas veces no cura?

Es que la única finalidad de la medicina no es solo curar sino lograr que el paciente viva más tiempo sin síntomas ni complicaciones vinculados a su enfermedad oncológica.

#### ¿Cuándo esto se logra se siente más tranquilo?

Bueno, supongo que sí. Pero no siempre, a menudo uno tiene la noción de que se queda corto en ese sentido, pues a veces la estructura en la que se trabaja no permite tener el tiempo que nuestros pacientes necesitan. Ese tiempo se intenta compensar con el trabajo en equipo donde participan el personal de enfermería, las nurses y los médicos abocados a los cuidados paliativos, entre otros.

DR. TABARÉ VÁZQUEZ

## “La batalla contra el cáncer se está ganando”

**E**l deporte es una de sus pasiones y con el Club Progreso logró un histórico Campeonato Uruguayo. En la política fue el primer Intendente y el primer Presidente de una fuerza de izquierda en Uruguay. Pero ninguna de sus facetas supera a la pasión que siente de ser “un viejo médico” -como se define en el libro que escribió: *Crónica de un mal Amigo*, donde narra sus vivencias con el cáncer. “Si volviera a nacer sería otra vez médico... no sé si político”, afirma el Dr. Tabaré Vázquez, quien subrayó que “la batalla contra el cáncer se está ganando”.

**Usted escribió un libro, tiene 3 hijos ¿plantó un árbol?**

Sí varios. Tengo una vida muy activa.

**¿No le quedan debes?**

En los años que tuve el honor de ejercer actividades públicas, tanto en la Intendencia como en la Presidencia, dispuse menos tiempo del que hubiera querido para seguir profundizando y estudiando los distintos temas médicos. Me hubiera gustado tener más tiempo a la lectura científica, acudir a congresos ir a centros oncológicos de distintos países como forma de actualizarme en los conocimientos.

**Entonces ¿no le quedó una vocación pendiente?**

No, si volviera a nacer sería otra vez médico. No sé si político... pero sí médico.

**Tuvo una intensa actividad en el deporte**

Me gusta el deporte en general. Como dirigente de fútbol tuve la oportunidad de trabajar en un Club modesto como es Progreso, cuadro que tiene a mi abuelo como uno de sus fundadores. Fui presidente de Progreso y en esos años el club salió Campeón de Intermedia (hoy la Divisional C), de la Divisional B y del Campeonato Uruguayo. Jugamos seis Liguillas y dos Libertadores.

**Le hubiera gustado seguir la carrera de dirigente del fútbol. ¿No se planteó presidir la AUF ?**

Tuve mi experiencia en un organismo de representación nacional. Presidí



Dr. Tabaré Vázquez.

la Liga Universitaria de Deportes y en 1986 disputamos en Kobe (Japón) los Juegos Universitarios donde salimos vice campeones en fútbol. Allí hay un excelente nivel. Por ejemplo, en Basquetbol la selección Universitaria de EE.UU participa con los mismos jugadores que lo hace en la Olimpiada.

**El fútbol fue uno de los deportes que usted practicó, entre otros.**

Jugué en Progreso hasta la 5 División. Pero me gustaba más jugar en un cuadro de barrio que en un club profesional que exigía otra dedicación y disciplina. En el campito de La Teja jugábamos cuándo y cómo queríamos. También practiqué el boxeo, deporte por el cual siento una gran atracción. Peleaba en representación de la Asociación Cristiana de La Teja bajo la tutela del profesor Gilberto Corney, gran conocedor de la vida. En la escuela practicábamos un poco de voleibol y de basquetbol pero nada como los partidos de fútbol en los campitos de La Teja.

**¿Iba a la escuela del barrio?**

Sí a la número 104, la Escuela Yugoslavia. No era un alumno brillante, sí aprobaba todos los grados. Tenía facilidades para materias como biología e historia natural, podría decirse que ya marcaba una tendencia.

**De niño tuvo su primera aproximación a la vocación de médico.**

Recuerdo que estaba con tos convulsa y me sentía muy mal. Mis padres temían que fuera algo más serio. Apareció el médico en casa dio con el problema y prontamente estaba curado. Lo percibí como algo milagroso. Hubo otras situaciones que el médico nos visitó. El médico de cabecera de mi familia despertaba en mí una admiración hacia la persona y la función que ejercía.



**En 2020 tres de cada cuatro nuevos cánceres serán diagnosticados en países subdesarrollados.”**

**¿Había antecedentes de médicos en la familia que reforzaran ese interés?**  
No, no lo había. En mi familia eran todos trabajadores pero no profesionales.

**Es claro que la medicina era su vocación. ¿Qué le llevó a elegir la especialidad de la oncología?**

Fundamentalmente dos razones. La primera es que la oncología me pareció la especialidad más abarcativa y la que podía exigirme más en cuanto a estudiar y perfeccionar continuamente los conocimientos. La segunda fue el fallecimiento por la enfermedad del cáncer de varios integrantes de mi familia. Era como presentarle una batalla a esta patología en mis muy modestas posibilidades.

**¿Considera que se avanzó en la batalla contra el cáncer?**

Cuando me inicié en la especialidad en la enfermedad del cáncer se lograban curaciones del 35% al 40% de los casos dependiendo si los tumores se diagnosticaban en etapas iniciales. Hoy las curaciones están por encima del 50%. En el presente en cánceres como el de mama en estadios I hay sobrevivida del 80% a los 20 años de diagnosticado el tumor. Con prevención y diagnóstico temprano se puede augurar que se va a controlar la enfermedad. Me animaría a decir que es una batalla que se va a ganar.

**¿Piensa que el cáncer tiende a ser una enfermedad crónica?**

Ya lo es. El cáncer hoy no debe ser percibido como una enfermedad terminal como sí lo era a mitad del siglo pasado. Hoy el cáncer en gran porcentaje se cura.

**No es la percepción que tiene la gente común...**

Es verdad. Se conocen más los enfermos que mueren por cáncer que los que se curan. Por distintas razones muchos de los que tuvieron cáncer y lograron curarse no lo dicen.

**Usted en reiteradas oportunidades habló de países Oncológicamente Desarrollados y Subdesarrollados. ¿Se refiere diferencias en las población en el acceso a avances logrados contra el cáncer?**

Se debe mejorar el acceso a los tratamientos y la tecnología vinculada al cáncer. Pero también deben construirse programas de prevención bien pensados, y bien gestionados para darle herramientas a la gente que le ayude a evitar tener un cáncer. Programas controlados en su aplicación y en sus resultados. De acuerdo a datos difundidos por la Unión Internacional contra el Cáncer en el año 2002 la relación de nuevos diagnósticos de cáncer era un 50% en países desarrollados y un 50% en países subdesarrollados. Dicha organización alerta que en el 2020 tres de cada cuatro nuevos cánceres serán diagnosticados en países subdesarrollados. La razón

es que el mundo desarrollado lleva adelante políticas de educación a la población y programas para llegar a un diagnóstico temprano y oportuno. Está hablando de que la gente participe en la lucha contra la enfermedad. Si la persona fuma tiene mayores probabilidades de tener un cáncer de pulmón. Hoy registramos un crecimiento impresionante en cáncer de pulmón en mujeres por causa de que en las últimas décadas aumentó el número de fumadoras. Si la persona controla la exposición a los rayos solares en verano en hora picos (máximo irradiación solar y radiación ultravioleta) es difícil que tenga un tumor de piel. Si no se expone a determinados productos químicos -que se conocen que producen leucemias o tumores ganglionares- es difícil que pueda tener un tumor de esas localizaciones. De la misma manera, si la persona tiene hábitos de una alimentación adecuada y ejercicio físico, disminuye la incidencia de los tumores.

**También está el tema del control.**

Cuanto más temprano y más oportuno sea el diagnóstico mayores son las tasas de curación del cáncer. Así por ejemplo, en cáncer de mama estadio 1 las curaciones son del 80% y más. En estadio 4 cuando el tumor avanzó en el organismo se curan en un 25 a 30% de los casos. Se debe apostar a la prevención y al diagnóstico temprano.

**Existe la percepción que el hombre es más reacio a los controles.**

Hay un tema cultural. A los hombres les cuesta más ir al consultorio. Tienen más miedo de hacer una extracción de sangre que las mujeres. Pero más allá de los géneros, falta una mayor conciencia de la importancia del diagnóstico temprano. Las mujeres tienen la posibilidad de ser estudiadas anualmente con una Mamografía para descartar la posibilidad de cáncer de mama. También pueden hacerse un examen de Papanicolaou para detectar la posibilidad de un cáncer de cuello de útero. Estos estudios pueden realizarse en todas las instituciones médicas en forma gratuita, con el día de licencia paga. Además, en el carnet de salud debe constar que se hizo la Mamografía y el Papanicolaou. Pese a estas facilidades hay muchas mujeres que no concurren a hacerse la Mamografía y el Papanicolaou por temor a que se les diagnostique un cáncer. Lo peor es que hay veces que quienes deben controlar el carnet de salud de las mujeres y que estén al día con estos estudios, no lo hacen.

**Usted tuvo la oportunidad de gobernar e incidir sobre los programas de prevención contra el cáncer.**

Sí y lo encaramos. La ley que prohíbe fumar en lugares cerrados es una de las que impulsamos en la búsqueda de una mayor calidad de vida de la población y que se suman a otras en el ámbito económico, laboral y social. Pero cinco años en la Presidencia parece mucho tiempo y no lo es...quedaron muchas acciones por hacer.



## De chiquilín te miraba de afuera...

**E**n el escritorio del Dr. Alberto Viola durante gran parte de su carrera la foto de Madame Curie dominó el escenario como un modelo de disciplina y rigor científico. El Dr. Viola, junto con otros referentes médicos, impulsó en Uruguay la especialidad en Oncología.

No es extraño imaginar que el Dr. Alberto Viola fuera basketbolista. Su estatura y físico estirado delata en parte su pasaje por el baloncesto. Tampoco puede sorprender que provenga de una familia de tradición militar. Las palabras justas durante la misma y sus gestos medidos, no contradicen sus orígenes. Sin embargo, Viola no sólo escogió la medicina como su profesión sino que junto con otros referentes médicos configuró en Uruguay la especialidad en Oncología.

### ¿El Basketball fue su pasión?

Fue mi pasión de antes, de ahora y en el futuro. Es una pasión de siempre.

### ¿Comenzó a jugar en los años donde Uruguay figuraba en los primeros lugares a nivel mundial?

En el año 1952 jugaba en las inferiores de Trouville en "Cebollitas". Eran años donde Uruguay figuraba en los primeros lugares en el baloncesto mundial. Incluso en el año '54 Uruguay estaba en el podio Olímpico. En mi juventud seguí jugando con "la Roja", integré el plantel de reserva y luego el de Primera. Por el año '62- '63 pedí pase para Defensor que era mi pasión futbolística. Jugué dos años y luego los estudios en medicina me hicieron difícil seguir.

### Tuvo que dejar una de sus pasiones.

De cualquier manera, no iba a salvar al basketball uruguayo (sonríe). Me pareció más correcto dedicarme de lleno a la profesión médica.

### ¿"La Violeta" es otra de sus pasiones?

En fútbol soy "defensorista" a muerte. No sé si es oportuno contarlo, pero son recuerdos de la juventud. De joven cursé los estudios en el viejo liceo "Zorrilla" cuando estaba en la calle Canelones. Con los compañeros de clase íbamos los domingo de mañana a la cancha de Defensor en el Franzini -que no tenía los vallados actuales, sino alambrados- y con unas pinzas los rompíamos para hacer un hueco donde luego pasar. A las dos de la tarde -previo al partido- íbamos al Franzini y nos colábamos. Era un hincha que tenía que estar.

### ¿Cómo nació su vínculo con la carrera de medicina?

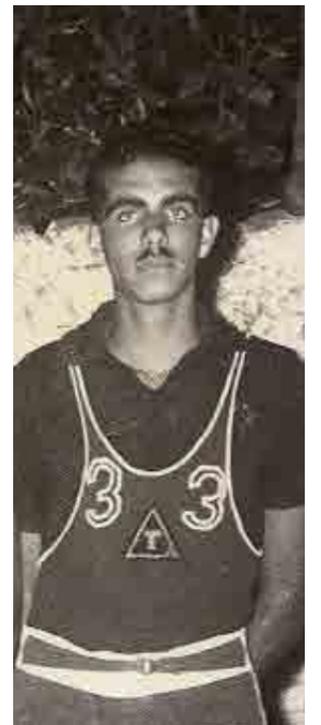
En lo personal la clásica vocación no existió. Mi rumbo estaba marcado hacia la escuela militar. Era casi una decisión natural. Provengo de una familia de tradición militar. Terminé el liceo y mi padre con un criterio amplio me dijo: "hacé un año de preparatorio y luego elegí". Tanto me gustó que aquí estoy, con el título de médico y la especialidad de oncología.

### ¿Qué lo inclinó hacia la oncología?

Estaba haciendo la rotación de pediatría en el Hospital Pereira Rosell y recuerdo que vimos en sala a un chico con una leucemia. Eran los años '67-'68 y los tratamientos contra las leucemias no tenían el excelente resultado que tienen hoy. Ese chico se murió en sala. Ese fue el punto de quiebre, venía perfilado a la medicina interna pero ese hecho me marcó.

### Pero no existía la especialidad de oncología. ¿Cómo se encaminó hacia ella?

Por la radioterapia. Me anoté en el post grado. Era la única vía por donde podía entrar a oncología. En el año '71 me surge la posibilidad de una beca



*En el año '54 Uruguay estaba en el podio Olímpico. En mi juventud seguí jugando con 'la Roja', integré el plantel de reserva y luego el de Primera."*



**Las campañas de prevención motivan que las consultas se hagan más precoces que antes y las enfermedades se toman en otra etapa. Por tanto, las oportunidades de ser curadas son mayores.”**

en Francia, junto a Ignacio Musé, De Bellis y Guillermo Dighiero. Fue el fermento inicial de la especialidad de oncología en Uruguay. De Bellis abre la rama hematológica, Dighiero se queda en Francia y Musé y yo iniciamos el camino de la oncología médica en Uruguay. Luego se integran otras figuras y con la cátedra se consolida la especialidad que hoy se ramificó a más de 100 oncólogos.

#### **Su experiencia en Francia ¿qué le dejó?**

Con 31 años de edad me encontré con otro mundo, otra cultura, incluso aprendí a degustar quesos y vinos. Desde el punto de vista médico pude vivir no sólo las experiencias técnicas sino también la organización de los servicios en oncología. En esos 2 pilares estaba la matriz donde se apoyó el crecimiento de la especialidad. Por ejemplo, los comités de tumores de los que en nuestro país ni se hablaba. Actividad en que participaban especialistas de diferentes disciplinas orientando una mejor definición y tratamiento del caso en discusión. Se dedicaban a tiempo completo a la oncología, hecho que aún hoy en Uruguay está en pañales. Visualicé el valor de los residentes dentro de los hospitales. El manejo fluido de la bibliografía.

#### **Percibió la estructura sobre la cual se apoyaba el desarrollo de la oncología.**

En Francia incorporé las herramientas para iniciar la especialidad que se consolida sobre los conocimientos adquiridos en nuestra Facultad de Medicina. Nos permitió – al Dr. Musé y a mí- llegar a Uruguay y dar los pasos para impulsar la especialidad. Primero trabajé en el departamento de radioterapia del Hospital de Clínicas hasta que se abren las dos cátedras: una de radioterapia oncológica y otra de oncología médica. Es así como oncología médica pura, se perfila como especialidad.

#### **¿Era casado cuando viajó a París?**

Si casado con dos hijos. Las condiciones económicas de aquel momento no me permitieron viajar con toda la familia. Fue muy duro pero conté con el apoyo de mi señora.. Para que tenga una idea durante el año que estuve en Francia prácticamente hablé una sola vez por teléfono y fue para avisar que día retornaba de la beca. Las llamadas eran muy costosas. La comunicación era por carta. El cartero era el hombre que traía las noticias, un personaje. Ahora con Internet, el correo electrónico hace todo más fácil. Son avances tecnológicos.

#### **¿Ese avance tecnológico lo percibe en la medicina también con el paso del tiempo?**

Sí y no solo en lo tecnológico. Ha cambiado mucho. Hoy el niño con leucemia que tanto me marcó en los años '60 se cura.

En oncología vemos cambios de todo punto de vista. Primero, la popularización del concepto cáncer, en parte, destierra el miedo a la enfermedad. Se visualiza a la enfermedad en forma menos dramática. Las campañas de prevención motivan que las consultas se hagan más precoces que antes y las enfermedades se toman en otra etapa. Por tanto las oportunidades de ser curadas son mayores.

#### **¿Y desde el punto de vista de avance médico?**

Se ha avanzado en técnica quirúrgica. Se ha avanzado técnicamente en radioterapia y se ha avanzado con la incorporación de nuevos fármacos con resultados muy buenos sobre todo en lo que tiene que ver con linfomas, leucemias y tumores de testículo. Prácticamente esas enfermedades eran todas letales y ahora se curan en un altísimo porcentaje. Finalmente, en la medida en que se conoce más en profundidad la biología de la enfermedad llegan nuevas moléculas: anti cuerpos monoclonales, nuevos citostáticos y hormonoterapia. La estructura de las células y sus comportamientos dejan de ser un misterio. Son terapia “blanco” que van directamente al tumor. Todo esto va haciendo que avancemos y en forma notoria, aunque tal vez uno aspire a un ritmo mayor. Esto va de la mano de los costos asistenciales lo que motiva que muchos de estos tratamientos de alto costo sean financiados por el FNR. Pero no hay duda que se han dados pasos muy importantes.

#### **¿Cuándo fue su primer vínculo con el INCA?**

Fue en el año '69 cuando vine al Instituto como practicante interno e hice una rotación de 6 meses. Luego sigo medicina interna y me vinculo directamente al ámbito universitario y toda mi actividad es en el Hospital del Clínicas. En el 2005 empecé en el equipo del INCA. como sub- director para luego asumir la dirección hasta el año 2010.

#### **En su familia los hijos siguieron la tradición de médico.**

Mi familia se compone de dos hijos y cuatro nietos. Al igual que yo mis hijos tampoco siguieron la carrera del padre. Dejé que eligieran, no induje a nada. Mi hija de 39 años es traductora pública y mi hijo de 37 años es sociólogo.

#### **¿Finalmente, tiene algún hobby que le permite encarar su retiro médico?**

Si bien no la practico, seguramente iré a algún taller a aprender pintura, que me encanta. Y si las horas lo permiten, le dedicaré más tiempo de lectura a temas históricos para mejor comprender nuestra civilización y hacia dónde camina.



Roche International Ltd  
Solferino 4096  
Montevideo - Uruguay  
Para obtener información científica, contáctese a:  
[servicio.cientifico@roche.com](mailto:servicio.cientifico@roche.com) o al tel. 0800.8432  
Web: [www.dialogoroche.com.uy](http://www.dialogoroche.com.uy)

Sin valor comercial - Impreso en Uruguay  
ONCO\_01/14