

Lucha contra el cáncer: «la botella medio llena»

EL DOCTOR JOSÉ RAMÓN GERMÀ LLUCH, CON MÁS DE TREINTA AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CAMPO DE LA ONCOLOGÍA, AFIRMA QUE LA ESPERANZA ES LA MEJOR ARMA CONTRA LA ENFERMEDAD MÁS TEMIDA. A TU SALUD OFRECE UN EXTRACTO DE SU NUEVO LIBRO, «EL CÁNCER SE CURA»

«**S**esenta y cuatro por ciento de curaciones. Por fin la mitad de la botella vacía es menor que la mitad llena. A partir de ahora deberemos cambiar este aforismo por otro que se ajuste con mayor precisión a las grandes cifras de supervivientes que los medios diagnósticos y terapéuticos actuales consiguen arrebatar de las garras de un grupo de más de ciento cincuenta enfermedades que conocemos desde tiempos ancestrales con el nombre de cáncer.

Por el contrario, las cifras de incidencia no sólo no descienden o se estabilizan sino que tienden a aumentar por el envejecimiento global de la población, el incremento progresivo del riesgo de padecer un cáncer del denominado tercer mundo, debido al control de muchas de sus patologías más comunes, y la adopción por su parte de algunos de los hábitos tóxicos del mundo occidental.

En cerca de tres millones de europeos —para ser exactos, 2.886.800— se ha diagnos-

ticado cáncer durante el año 2004, dimensionando el enorme problema que representan para la salud pública las enfermedades neoplásicas. En el varón, los cánceres de pulmón, próstata y colorrectal son los predominantes, mientras que en la mujer, el cáncer de mama, el colorrectal y el uterino son los más frecuentes. En los distintos países europeos existen diferencias muy significativas tanto en las tasas de incidencia como en el tipo de tumores más comunes. De hecho, si nos confinamos a los 25 países de la Unión Europea, el cáncer de próstata ya ha superado en frecuencia al cáncer de pulmón en los varones, y la localización pulmonar adquiere una mayor relevancia en las mujeres. El cáncer gástrico, en franca repre-

sión en la Unión Europea, todavía representa una seria amenaza en los países extracomunitarios. Con respecto a la incidencia del cáncer en España, durante el período 1997-2000, 162.000 españoles fueron diagnosticados de cáncer. Si se realiza una clasificación por sexos, España presenta unas tasas ajustadas de incidencia en varones superiores a las tasas medias existentes en el resto de países de la Unión Europea, ocupando un quinto lugar. Sin embargo, en mujeres, España, junto con Grecia, muestra las tasas de incidencia más bajas.

Vencer el cáncer no es un asunto banal, sino que requiere un enorme esfuerzo de todos y cada uno de los agentes implicados en su diagnóstico y tratamiento. Es obvio que establecer el diagnóstico al inicio del desarrollo de la enfermedad, complementado con la instauración de tratamientos eficaces aplicados en esta fase relativamente precoz, son dos de los factores con mayor poder de resolución. Así, en la actualidad, más del 90 por ciento de las mujeres con cáncer de mama detectado por la presencia de microcalcificaciones en una mamografía de cribado se curan de su enfermedad.

Desafortunadamente, la mayoría de los tumores tienen un tiempo de incubación relativamente largo, durante el cual permanecen prácticamente silentes, y salen a la luz cuando su desarrollo dentro del paciente ha adquirido un tamaño y alcance difíciles de erradicar. Sin duda, ésta es la razón fundamental del mal denominado "fracaso frente al cáncer", es decir el tratamiento demasiado tardío de la enfermedad. Las enfermedades neoplásicas habrían desaparecido hace tiempo si fuéramos capaces de detectarlas en momentos incipientes de su evolución y las tratáramos usando procedimientos específicos verdaderamente eficaces.

Los avances en la curación del cáncer se producen con cuentagotas, pero no se han detenido desde hace más de cuarenta años, cuando se empezaron a desarrollar fármacos eficaces capaces de complementar los avances que se iban produciendo con los tratamientos locales del cáncer con cirugía y radioterapia. Se inició una nueva era de avances cuando los científicos descubrieron el origen genético de la enfermedad, es decir las alteraciones de diversos genes como causa principal del cre-

cimiento desordenado de una célula que puede dar origen a un tumor capaz de burlar los mecanismos de defensa del enfermo. Los fármacos dirigidos específicamente contra algunos de estos mecanismos están teniendo un impacto sorprendente en diversos tumores de baja frecuencia, pero no por ello menos importantes para los individuos que los padecen.

El control de las neoplasias es más una carrera de fondo que una carrera de velocidad. Me atrevería a decir que dentro de las carreras de fondo, la prueba se parece más a la marcha atlética que a la maratón; la diferencia principal es que los avances se producen paso a paso y no de zancada en zancada. De vez en cuando, un fondista atípico o un velocista se cueclan en la carrera y la transforman en una prueba de saltos, donde precisamente las zancadas de metro y medio son sustituidas por desplazamientos saltarines de siete u ocho metros, lo cual da lugar a un avance sustancial en la corta historia del tratamiento y la curación de las enfermedades neoplásicas.

¿Qué diferente es el mundo del tratamiento del cáncer hoy en día en

«Se inició una nueva era de avances cuando los científicos descubrieron el origen genético de la enfermedad»

«Me consta que ninguno de nosotros cesará en sus esfuerzos hasta conseguir que la botella rebose»

comparación con el Molokai de hace treinta años! Durante todo este tiempo en que he ejercido de oncólogo, he visto cambiar sustancialmente mi especialidad y los beneficios que aporta a los pacientes afectos de tumores malignos. He vivido con ilusión cada paso adelante y he disfrutado con los saltos que, muy de vez en cuando, se producen en la curación de algunos pacientes con tumores especialmente sensibles a alguna maniobra terapéutica muy eficaz.

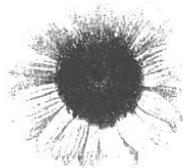
A finales de los años setenta, en un caluroso día de verano, me di cuenta por primera vez de la maravillosa capacidad que podía tener un oncólogo para revertir la inexorable evolución de un tumor ampliamente extendido dentro de un individuo considerado sano apenas unas semanas antes.

DR. JOSÉ RAMÓN GERMÀ LLUCH

EL CÁNCER SE CURA

50 HISTORIAS REALES DE ESPERANZA

PRÓLOGO DE ALBERT J. JOVELL



Prácticos

EL CÁNCER SE CURA. 50 HISTORIAS REALES DE ESPERANZA

Este libro mezcla la evolución de los principales hitos de la lucha contra el cáncer con las experiencias de pacientes tratados por el propio autor.

Autor: José Ramón Germà Lluch Páginas: 336 Precio: 21,50

Siendo desde la adolescencia un lector inveterado de la novela negra de Agatha Christie, reconozco que el planteamiento rocambolesco del caso que paso a relatar no tiene nada que envidiar a las tramas apasionantes de "Tres cerditos", "La muerte de Rogelio Ackroyd" o la inigualable "Diez negritos". Estaba de guardia aquella calurosa tarde de agosto cuando me avisaron desde la enfermería del Servicio de Oncología Médica del Hospital de Sant Pau:

—Le llaman de cuidados intensivos, doctor.

Al aparato se encontraba el jefe de guardia.

—Creo que debería bajar en cuanto puedas. Aquí tengo una chavala que le sale un tumor por las orejas y que ha sido ingresada esta misma mañana desde el Servicio de Urgencias. No llega a los veinticinco años y prácticamente no le quedan pulmones con los que respirar.

A pesar de que las palabras usadas mostraban ese carácter intencionalmente distendido que muchos intensivistas tienen frente a situaciones de máxima gravedad, el tono de voz denotaba un grado de alarma muy notorio.

—Bajo enseguida —fue mi parca

«El control de las neoplasias es más una carrera de fondo que una carrera de velocidad»

contestación.

En el box número 4 de intensivos se encontraba una bella mujer. Sus pómulos prominentes ejercían de paréntesis de una boca que luchaba por atrapar el máximo de aire en cada inspiración con un ritmo acelerado cercano a las 35 respiraciones por minuto. Pese a la palidez de su cara, destacaban sus ojos profundamente verdes que transmitían angustia. Toda su piel traspiraba finas gotas de sudor que denotaban el esfuerzo por respirar al que dedicaba toda su energía. Excepto por el problema respiratorio y un cierto dolorimiento del bajo vientre, la exploración física resultaba del todo anodina y no daba ninguna información sobre la posible

(Continúa en la página siguiente)

(viene de la página anterior)

naturaleza del problema. La radiografía de tórax era espectacular. Ambos campos pulmonares se encontraban ocupados por centenares de pequeñas bolitas, de tamaño oscilante entre uno y tres centímetros, que apenas dejaban tejido sano con el que respirar. Frente a una prueba tan fehaciente de un tumor masivamente metastásico en los pulmones, entendí el tono de preocupación de mi compañero intensivista. Esa muchacha iba a morir irremisiblemente en breve por una insuficiencia respiratoria aguda. La premura por respirar era tan grande que le imposibilitaba mantener una mínima conversación inteligible; apenas un "sí" o un "no" era todo el contenido de sus contestaciones a nuestras preguntas. Estuve largo rato frente a la radiografía de tórax, hasta que en uno de sus muchos accesos de tos expectoró un esputo con sangre. Desconozco cuál era el método deductivo usado por Hércules Poirot, el inflexible detective nacido de la imaginación de Agatha Christie, pero por un instante varias piezas de aquel puzzle encajaron ante mis ojos: la juventud de la paciente, el ser mujer, el tener una diseminación masiva en los pulmones de un tumor de muy rápida evolución, como lo señalaba la forma perfectamente esférica de las metástasis, la expulsión de pequeñas cantidades de sangre con los esputos y el dolor en el bajo vientre. Inesperadamente, pregunté a la enfermera:

«¿Hay algún familiar en la sala de espera?»

«Sí, doctor, creo que está su madre —me contestó con diligencia.»

«¿Solo su madre? ¿No estará también el marido de la enferma?»

«interrogué con cierto tono de ansiedad.

«No, doctor, creo que la paciente es soltera —replicó en esta ocasión con un tono algo sorprendido.»

«Por favor, dígame a la madre que quiero verla cuanto antes en el despacho de atención a los familiares.»

Cuando la enfermera abandonó el box en busca de la madre de la paciente, yo pensaba en la difícil situación en que me encontraba. El terreno que debía explorar era enormemente resbaladizo. La pregunta era tan delicada que un patinazo podía acrecentar todavía más la desesperación y la angustia de aquella familia. El problema es que no tenía más remedio que buscar una verdad que, de ser cierta, podía trastocar la evolución de la joven. Era uno de esos momentos en que uno preferiría largarse el muerto a un compañero más avezado o menos in-

trovertido. Pero aquella tarde de agosto era yo quien estaba allí y debía enfrentarme sin titubeos al problema.

La madre de la paciente era una mujer de cincuenta y pocos años que retenía la mayor parte de la belleza que afloraba en su joven hija. No me olvidaré nunca de la profunda angustia que transmittían sus ojos. Toda

«Esa muchacha iba a morir irremisiblemente en breve por una insuficiencia respiratoria aguda»

«El problema es que no tenía más remedio que buscar una verdad que podría trastocar la evolución de la joven»

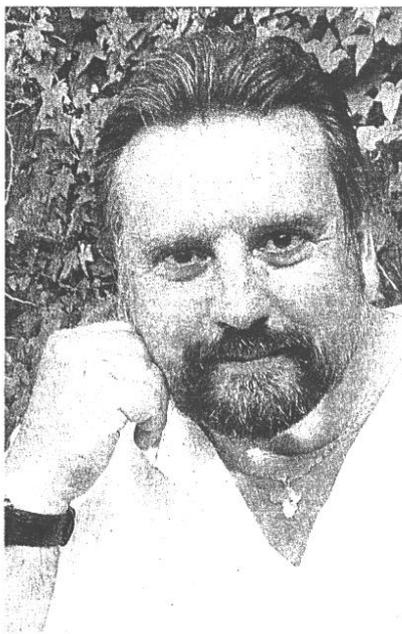
«Afortunadamente, tanta agresividad tumoral va acompañada de una exquisita sensibilidad para la quimioterapia»

ella rogaba ayuda; clamaba en voz alta con el silencio de la mirada: «¡Salven a mi hija!» Durante los diez primeros minutos de nuestra conversación intenté tocar puntos colaterales que me dieran información sobre su hija Teresa, su entorno y la evolución de los síntomas en las semanas precedentes. La madre de Teresa contestaba una a una a mis preguntas con presteza y suficiente detalle como para hacerme cada vez más a la idea de los hechos inmediatos acontecidos antes del ingreso. Me quedé en silencio porque sabía que había llegado el momento de interrogar sobre el delicado asunto que hasta el momento había evitado, en aras de encontrar la mejor fórmula para hincarle el diente.

«Señora, permíteme de antemano por las siguientes preguntas, pero le ruego que entienda que son del todo necesarias si queremos ayudar a su hija, aunque ya le he dicho que su gravedad es extrema. Pero existe una remota posibilidad que quiero explorar con su ayuda.»

«Dígame, ¿tiene su hija pareja estable?» La madre de Teresa me miró de soslayo.

«Sí, bueno, doctor, ya conoce a la juventud de hoy en día. Mi hija sale con uno de sus compañeros de oficina, que yo todavía no conozco... pero ¿por qué me preg...? — No dejé terminar la frase a la pobre mujer, ya que



JOSÉ RAMÓN GERMÁ LLUICH, autor del libro, afirma que «los avances no se detienen»

de mi boca fluyó espontáneamente la pregunta tan temida por mí.

«¿Ha tenido su hija trastornos de la regla recientemente? — Como respuesta, unas gruesas lágrimas asomaron en los ojos de la madre de Teresa mientras, con voz entrecortada por la vergüenza, me confesaba los

detalles de un raspado uterino realizado días antes, fruto de un embarazo no deseado...»

«No me diga más, señora. Yo no soy nadie para juzgar ninguno de los actos de su hija, pero gracias a su sinceridad es posible que exista una posibilidad de tratamiento efectivo. La mujer tomó mi mano con fuerza y me dijo, esta vez en voz alta:

«¡Salve a mi hija!»

Me dirigí de nuevo al box número cuatro para pedir una prueba de embarazo en sangre y orina y una exploración ginecológica.

La enfermedad trofoblástica maligna es un tumor que se produce a partir de la degeneración maligna de la placenta. La mayoría de los casos aparecen tras un embarazo molar, en el que la estructura del feto se sustituye por un enorme racimo de pequeños quistes llenos de un líquido acuoso con pocas proteínas. En otras ocasiones, la mola es parcialmente compárte espacio con restos fetales inmaduros. Finalmente, existen casos originados en un parto aparentemente normal, con un feto en perfecto estado. Afortunadamente, este origen es el menos frecuente, ya que en ocasiones el tumor maligno no se manifiesta hasta bastantes meses después del parto, dificultando sobremedra el diagnóstico, precisamente por la normalidad absoluta asociada al parto más o menos reciente (...).

Afortunadamente, tanta agresividad tumoral va acompañada de una exquisita sensibilidad para la quimioterapia, que es capaz de erradicar toda la enfermedad en un corto espacio de tiempo cuando se administra adecuadamente. De hecho, esta enfermedad fue la primera entidad tumoral diseminada que se curó con quimioterapia a principios de los años sesenta. Hoy en día sólo las enfermedades con diseminaciones masivas que reciben un tratamiento tardío y en ocasiones no ajustado a la gravedad de la neoplasia a tratar fallecen de este tumor. Estas pacientes deben ser tratadas en centros con experiencia en esta rara enfermedad. De lo contrario, corren el riesgo de no recibir el tratamiento más ajustado a sus necesidades.

PRUEBA POSITIVA

La prueba del embarazo de Teresa fue espectacularmente positiva y la concentración en sangre de la gonadotropina coriónica era tan alta que se precisó más tiempo para diluir la muestra sanguínea y conocer así la cifra exacta de la misma, que en todo caso resultó ser desorbitante. El ginecólogo confirmó la presencia de un útero grande y friable con algunos ecos en su interior compatibles con el diagnóstico de enfermedad trofoblástica. Apenas treinta minutos después de confirmar la sospecha diagnóstica, Teresa recibía la primera de las cuatro inyecciones de metotrexato que a días alternos debían actuar sobre la enfermedad. Los días

en que no tocaba metotrexato se administraba ácido fólico, que ejercía de protector de las células normales, mientras que las tumorales eran destruidas por la quimioterapia. De hecho, la gran diseminación del tumor precisaba de un tratamiento mucho más intensivo con múltiples fármacos, pero la fragilidad del cuadro respiratorio aconsejaba enfriar inicialmente la enfermedad, ya que de lo contrario, Teresa no resistiría pautas más agresivas. Todos sabíamos que las siguientes cuarenta y ocho horas eran cruciales, dado que la mayoría de los tratamientos que administramos tardan un tiempo en hacer efecto, que el tumor aprovecharía para seguir creciendo y empeorando el cuadro clínico a cotas prácticamente irreversibles. Sin embargo, en estos momentos es cuando la medicina intensiva luce con máximo esplendor. Teresa se mantuvo con vida durante el tiempo suficiente como para que el tratamiento comenzara a hacer el efecto esperado y las metástasis pulmonares empezaran a remitir. A partir del cuarto día, los accesos de tos se hicieron mucho más soportables, la respiración mejoró sustancialmente y Teresa salió de su peligro de muerte inminente. Días después fue trasladada a nuestro Servicio de Oncología, donde recibió, ahora sí, una quimioterapia más sofisticada que, paso a paso, erradicó del todo la enfermedad. Hoy han pasado veintisiete años de aquel epi-

Cifras esperanzadoras

Los datos son optimistas. El último estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) confirma que el número de fallecidos a causa del cáncer ha sufrido un descenso esperanzador:

- ▶ En 2005, el número de muertes producidas por la enfermedad se situó en 100.189, lo que supone un 0,3 por ciento menos que el año anterior.
- ▶ En las mujeres, los fallecimientos por cáncer de mama se redujeron un 1,8 por ciento con respecto al 2004.
- ▶ Las muertes por tumores de próstata en los hombres sufrieron un descenso del 3,4 por ciento si se comparan con el año pasado.

EL TEMA DE LA SEMANA

sodio y Teresa es una mujer felizmente casada que sigue disfrutando de una vida normal y plena.

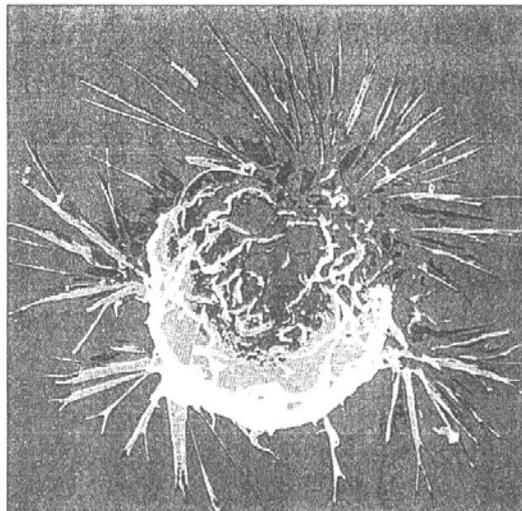
Creo que la descripción del caso de Teresa es un buen ejemplo del aforismo "mientras hay vida, hay esperanza", y demuestra que algunas veces los oncólogos tienen la oportunidad de remediar situaciones que parecen ser irreversibles. Es por ello que deben estar bien preparados para aportar las soluciones oportunas cuando se enfrentan a una de ellas.

LUCHA DESIGUAL

He querido mencionar este caso como tributo a la primera neoplasia diseminada que consiguió curar la quimioterapia. Después de una lucha desigual que ha durado más de treinta años, existen múltiples indicios de que se vivan una nueva era llena de esperanza en el horizonte relativamente cercano. Dos son los factores que han facilitado la llegada de esta nueva era: la expansión inexorable de la medicina interdisciplinaria como modelo básico del planteamiento y resolución del problema tumoral de cada paciente, y el conocimiento cada vez más detallado de los mecanismos biomoleculares íntimos causantes del inicio y desarrollo de muchos de los tipos de cáncer que se pueden presentar en la vida de un individuo. En otras palabras, conocer la génesis de un tumor y la historia natural de su progresión biológica proporciona una plataforma ideal para diseñar nuevas estrategias para su prevención, diagnóstico temprano y tratamiento resolutivo, que deberán ser aplicadas desde el principio por un equipo interdisciplinario formado por miembros de todas las especialidades involucradas en el caso.

Es cierto que las cifras de incidencia y mortalidad varían mucho dependiendo de la localización tumoral. Así, estos parámetros son totalmente diferentes si comparamos un cáncer de pulmón con un cáncer de endometrio, o una leucemia aguda con un linfoma de Hodgkin. Por eso, las cifras globales de mortalidad y supervivencia correspondientes a un país dependen fundamentalmente del perfil de tumores que presente.

No es raro oír en una tertulia, en la que incluso pueden participar componentes del mundo médico, opiniones que consideran que los avances en la supervivencia y curación de los enfermos con cáncer apenas han sido perceptibles en estos últimos veinte años. Para conocer el impacto real de nuestros tratamientos actuales hemos de tener en cuenta que existen algunas localizaciones tumorales muy frecuentes en las que tenemos que reconocer que las mejoras registradas en estos años pasados son mínimas: nos referimos principalmente al cáncer de pulmón que, junto a otros de menor frecuencia como el cáncer de páncreas y el de hígado, presentamos de mortalidad elevadísima a corto plazo. Estos malos resultados, especialmente en los hombres, han enmascarado los



VISTA MICROSCÓPICA de una célula de cáncer de mama

avances producidos en el resto de tumores cuando se describen las cifras de supervivencia globales, que incluyen todos los tumores.

Varias publicaciones recientes en revistas estadounidenses de gran prestigio científico han enfatizado los avances producidos en muchos tumores cuando se comparan las cifras de supervivencia de finales de la década de los setenta con las obtenidas a finales de los noventa. En este intervalo de veinte años, aparte de existir una mejoría global superior al 15 por ciento en la cifra de supervi-

65 por ciento en el cáncer de mama y del 60 por ciento en el cáncer de cuello uterino y se encuentra por encima del 50 por ciento en el cáncer de colon, ovario y riñón y en los linfomas no Hodgkinianos. La supervivencia en el caso de los tumores infantiles ha mostrado una mejoría espectacular: más del 20 por ciento en estos últimos veinte años, siendo la supervivencia a cinco años de todos los tumores infantiles superior al 75 por ciento en los pequeños tratados en este tercer milenio. Si bien es cierto que estas cifras se refieren a pacien-

mayoría de las neoplasias. Las razones de dicha mejora probablemente varían según la localización tumoral. En los casos de los tumores con un tratamiento muy eficaz, como son los localizados en el testículo y la tiroides, el principal motivo de mejora ha sido la generalización de dicho tratamiento a todos los niveles asistenciales. En otras neoplasias, como el cáncer de próstata, la utilización indiscriminada de la detección de una sustancia en sangre: el antígeno prostático específico (PSA), ha contribuido al diagnóstico precoz de un

tumores de alta frecuencia como son el cáncer de mama y de colon, los buenos resultados se deben a la mezcla de un diagnóstico más temprano, gracias al uso cada día más extendido de la mamografía y la colonoscopia, y de la mejoría de las armas terapéuticas contra estos tumores.

PERFECCIONAMIENTO

El diagnóstico y el tratamiento de cualquier neoplasia ha hecho válido el aforismo "la unión hace la fuerza". Durante estos últimos treinta años, el perfeccionamiento de todas las técnicas diagnósticas y de las diferentes herramientas terapéuticas es la principal causa de que cada día exista una población más cuantiosa curada de cáncer. El cálculo en Estados Unidos ha pasado de una población de tres millones en 1971 a diez millones en el año 2001, lo que representa aproximadamente un 3 por ciento de la población norteamericana. Curiosamente, éste es un porcentaje muy similar al registrado recientemente en la comunidad autónoma catalana, 3,5 por ciento.

El paciente debe ser consciente de que el acto médico aislado está fuera de toda lógica en un mundo con tanta riqueza de medios y conocimientos como el que disfrutamos hoy en día. Cualquier intento de personalismo que impida el diálogo entre especialistas y que, por tanto, dificulte el enfoque interdisciplinario en el momento de diseñar la estrategia de tratamiento más adecuada para cada paciente debe ser extirpado de raíz. Nadie es hoy en día el depositario de toda la verdad, sino que ésta emana del diálogo racional entre los diferentes especialistas involucrados en cada localización tumoral. Frente a las actitudes personalistas, el paciente debe actuar con firmeza, reclamando la opinión colegiada del resto de especialistas. Las denominadas unidades funcionales y los comités de tumores se han creado precisamente para salvaguardar los pacientes de opiniones monolíticas que fácilmente pueden reflejar una visión incompleta y parcialmente interesada del problema neoplásico del enfermo en cuestión.

La unión de todos los esfuerzos, incluidos los de los pacientes y sus familiares, es lo que ha ido rellenando día a día la botella medio vacía de la curación del cáncer. En algún momento de estos últimos veinte años, una de las gotas sobrepasó el cráneo de la botella y, a partir de entonces, los que hemos vivido esta transición sabemos que sólo es cuestión de tiempo el que la botella parezca bastante llena, aunque me consta que ninguno de nosotros cesará en sus esfuerzos hasta conseguir que la botella rebese.

«La supervivencia en el caso de los tumores infantiles ha mostrado una mejoría espectacular»

«El diagnóstico y el tratamiento de cualquier neoplasia ha hecho válido el aforismo "la unión hace la fuerza"»

«El paciente debe ser consciente de que el acto médico aislado está fuera de toda lógica»

vientes a cinco años, se ha constatado que muchos tumores alcanzan supervivencias importantes a largo plazo. Así, la supervivencia esperada hoy en día a los veinte años del primer diagnóstico ronda el 90 por ciento en el cáncer de testículo y de tiroides, es superior al 80 por ciento en los melanomas y el cáncer de próstata, es del 80 por ciento en el cáncer de endometrio, se acerca al 70 por ciento en la enfermedad de Hodgkin y en el cáncer de vejiga. Es del

tes tratados en Norteamérica, una publicación alemana que compara pacientes de períodos mucho más recientes, como son los diagnosticados y tratados en 1990-1992 y 2000-2002, demuestra de nuevo mejorías en la supervivencia a los cinco años que oscilan entre el 5 y 12 por ciento según la localización tumoral.

Todos los datos mencionados invalidan cualquier impresión negativa respecto a la mejoría lenta pero progresiva de la supervivencia en la

número muy importante de pacientes, lo que obviamente ha dado lugar a una mejoría inicial sustanciosa de la supervivencia. El hecho de que esta mejora de la supervivencia signifique verdaderamente un gran progreso o que meramente se deba a la detección de pequeños tumores sin relevancia clínica en el futuro que hubieran pasado inadvertidos sin la detección del PSA debe sustentarse en más datos a largo plazo para conocer su auténtico significado. En otros