

anuario  
1989

INSTITUTO  
DE ESTUDIOS  
ZAMORANOS  
FLORIAN  
DE OCA MPO





# **ANUARIO 1989**

INSTITUTO DE ESTUDIOS ZAMORANOS  
"FLORIAN DE OCAMPO" (C.S.I.C.)



**anuario**  
**1989**

**INSTITUTO**  
**DE ESTUDIOS**  
**ZAMORANOS**  
**FLORIAN**  
**DE OCA MPO**

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Miguel Ángel Mateos Rodríguez, Enrique Fernández-Prieto, Miguel de Unamuno, Juan Carlos Alba López, Juan Ignacio Gutiérrez Nieto, Luciano García Lorenzo, Jorge Juan Fernández, José Luis González Vallvé, Eusebio González, Amando de Miguel.

*Secretario Redacción:* Juan Carlos Alba López.

*Diseño Portada:* Angel Luis Esteban Ramírez.

© INSTITUTO DE ESTUDIOS ZAMORANOS  
"FLORIÁN DE OCAMPO"  
Consejo Superior de Investigaciones Científicas (C.S.I.C.)  
DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ZAMORA

ISSN.: 0213-82-12

Depósito Legal: ZA - 297 - 1988

Imprime: Gráficas Heraldo de Zamora. Santa Clara, 25 - ZAMORA

# INDICE



## ARTICULOS

ALFARERIA .....	13
Asunción Limpo y Llofrú, Carmen Jorge García Reyes, Susana Vicente Galende: <i>Alfarería popular de Toro</i> .....	15
ARQUEOLOGIA .....	93
Ricardo Martín Valls, Germán Delibes de Castro, Jorge Juan Fernández y Santiago Carretero Vaquero: <i>Campamentos de Petavonium</i> .....	95
Luis Carlos San Miguel Mate y Ana Isabel Viñe Escartín: <i>Excavación arqueológica en las murallas de Zamora “La Bajada de San Martín”</i> .....	111
Macarena Sánchez-Monge Llusa y Ana Isabel Viñe Escartín: <i>Documentación arqueológica de un horno de fundir campanas en el solar de la plaza de Arias Gonzalo (Zamora)</i> .....	123
Macarena Sánchez-Monge Llusa y Ana Isabel Viñe Escartín: <i>Excavaciones arqueológicas en la Iglesia de San Ildefonso</i> .....	133
Jesús Celis Sánchez y José Avelino Gutiérrez González: <i>Los Cuestos de la estación, Benavente (Zamora). Reseña de la III Campaña de excavación</i> .....	145
Jesús Celis Sánchez y José Avelino Gutiérrez González: <i>Noticia de la excavación de urgencia en “El Pesadero”, Manganeses de la Polvorosa (Zamora)</i> .....	161
Julián Santos Villaseñor: <i>“La Aldehuela”, Zamora. Resumen de la tercera campaña de excavación</i> .....	171
Angel L. Palomino Lázaro: <i>Las manifestaciones tumulares, no megalíticas del centro de la meseta. Nuevas aportaciones en la provincia de Zamora</i> .....	181
Alonso Domínguez Bolaños: <i>Intervención arqueológica en el castro de San Esteban, Muelas del Pan</i> .....	191
Ana I. Viñe Escartín y Macarena Sánchez-Monge Llusa: <i>Primera campaña de excavación en el Alcázar de Toro</i> .....	201
PALEONTOLOGIA .....	209
Emiliano Jiménez Fuentes, Santiago Martín de Jesús, Francisco Javier Ortega Coloma: <i>Excavaciones paleontológicas en Zamora</i> .....	211
ESTUDIOS ARTISTICOS .....	227
Inocencio Cadiñanos Bardeci: <i>Noticias artísticas de algunos templos zamoranos</i> .....	229
Carlos Domínguez Herrero: <i>Una portada románica</i> .....	239

ECOLOGIA .....	273
José Ignacio Regueras Grande: <i>Rentabilidad de la caza mayor en la provincia de Zamora, 1986</i> .....	275
Pedro Ladoire Cerné: <i>Valorio, parque natural de Zamora</i> .....	383
ENSAYOS .....	415
Remigio Hernández Morán: <i>Artículos (I)</i> .....	417
HISTORIA .....	461
Antonio Matilla Tascón: <i>El Mariscal del Perú, don Alonso de Alvarado y su familia (I)</i> .....	463
Antonio Jesús Martín de Lera: <i>La Aljama judía de Toro y sus judeo conversos (1487-1494)</i> .....	505
M <sup>a</sup> José Espinosa Moro: <i>Fundación de las capellanías y otros destinos de las remesas de oro y plata enviadas por zamoranos residentes en las Indias. Siglos XVI-XVII (I)</i> .....	543
Enrique Fernández Prieto: <i>Diego de Ordax, conquistador en Centro y Suramérica</i> .....	615
Luis Fernando Delgado Rodríguez e Hilarión Pascual Gete: <i>La prensa zamorana no institucional del sexenio revolucionario (1868-1874). Análisis de los períodos conservados y aportaciones históricas</i> .....	629
LITERATURA .....	649
M <sup>a</sup> Dolores de Asís: <i>El símbolo del mar en la poesía de Octavio Uña</i> .....	651
Juan Carlos González Ferrero: <i>Las actitudes lingüísticas de una comunidad castellano-leonesa de carácter semiurbano: Toro (Zamora)</i> .....	663
<b>MEMORIA Y ACTIVIDADES</b>	
Memoria Año 1989 .....	709
I JORNADAS DE OTOÑO .....	715
Manuel Alvar López: <i>Español de dos mundos</i> .....	717
Alfredo J. Moyano Jato: <i>Avances en oncología médica</i> .....	737
Fernando Savater: <i>El pluralismo moral</i> .....	757
<b>INAUGURACION DEL CURSO</b>	
Rosario Prieto García: <i>Reacción, impacto y repercusiones de la Revolución Francesa</i> .....	777

# MEMORIA Y ACTIVIDADES



# AVANCES EN ONCOLOGIA MEDICA

ALFREDO J. MOYANO JATO

## PRESENTACION

Sr. Presidente. Queridos amigos. Señoras. y Señores.

En el marco de las actividades culturales desarrolladas por el Instituto de Estudios Zamoranos "Florián de Ocampo", hoy tenemos en esta tribuna al Dr. Alfredo Moyano Jato para hablarnos sobre "Avances en Oncología Médica". Estoy en representación del Profesor D. José Miguel Diego, miembro de esta Institución y cuya ausencia tengo honor de sustituir. El tema seguidamente consignado es sin ninguna duda de puntual importancia, al presentarse el Cáncer como una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo, solamente superadas en los países industrializados por las enfermedades cardiovasculares.

El Cáncer es un problema sanitario y de primera línea con importantes repercusiones sociales y que suponen una lacra económica para la Administración. Toda la historia del progreso humano se puede reducir a la lucha de la ciencia contra la superstición, esto es, a la sustitución de la fe en el absurdo por la fe en las cosas demostrables mediante el raciocinio o la experimentación. Con esta conciencia debemos abordar la lucha contra el Cáncer, la cual se encontrará en tres puntos preferenciales: prevención, detección precoz y tratamiento eficaz. Todo ello supone un reto colectivo para las autoridades sanitarias, médicos y otros investigadores de las ciencias biológicas y para la población en general. En la actualidad numerosos grupos de investigación dirigen sus esfuerzos a la búsqueda de tratamiento anticancerosos, algunos de los cuales ya han logrado éxitos importantes en diversas variedades de estos procesos. Para que el tratamiento de las enfermedades malignas sea racional es esencial comprender los principios biológicos del tratamiento tumoral, campo en el que supuso un gran avance la identificación y el aislamiento del primer oncogén humano en 1982 encabezados por el Prof. Mariano Barbacid.

Por último y para resaltar la importancia del tema, si es que es requerido, baste con señalar dos hechos de reciente actualidad:

1º El galardón con el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1989 a los Dres. Bishop y Barry por su descubrimiento del origen de los oncogenes retrovirales.

2º El pasado 15 de Octubre se celebró en los doce países de la CEE la semana de información sobre el Cáncer con la que culminó el año europeo contra el Cáncer cuya finalidad principal fue sensibilizar y difundir las medidas de prevención plasmadas en el Decálogo Europeo de lucha contra el Cáncer.

Nuestro conferenciante es experto en temas sobre Cáncer, avalado por un amplio curriculum profesional que me impide detallárselo en estos momentos, pero que me han permitido resumir a sus apartados más representativos.

D. Alfredo Moyano Jato es médico especialista en Oncología Médica. Su labor clínica y de investigación en el área del Cáncer ha sido desarrollada en España y en diversos países, destacando el haber sido Asociado Clínico en Baltimore Cancer Research Center en USA. Ha realizado numerosos trabajos de investigación presentados en Congresos y publicados a nivel nacional e internacional. En la actualidad desempeña su actividad profesional en la Unidad de Oncología Médica del Centro Ramón y Cajal de Madrid. Muchas gracias.

DR. DEMETRIO SANCHEZ FUENTES

## CONFERENCIA

Muchas gracias. Sr. Presidente y a la vez estimado colega. Señoras y señores.

Es para mí un placer el estar con Vds. Mi deseo en el día de hoy es llevar a cabo una pequeña presentación de lo que sabemos que es el Cáncer, de como se puede tratar y sobre todo de intentar CONVIVIR con "él", un poco en el sentido de ser vecinos, porque un europeo de cada tres fallecerá de Cáncer en el año 2000, es algo que llevamos implícito y que nos recuerda a la peste, a la tuberculosis o al famoso "cólico miserere" de la antigüedad. Ahora hablamos de Cáncer y no nos atrevemos a pronunciar la palabra. Yo desearía, que en esta presentación (al margen de que mencionemos lo que son últimos avances en materia de oncogenes, quimioterapia, etc...) Vds. al pronunciar la palabra Cáncer lo hicieran en ausencia de un tono peyorativo, es decir, como una enfermedad más, con sus perspectivas diagnósticas y terapéuticas. De la forma que se hace en los países desarrollados.

En la *Figura 1* les presento a nuestro enemigo. Es una microfotografía de una célula tumoral. Este es el protagonista y con el que vamos a compartir los próximos minutos. Cuando asistimos a un paciente con Cáncer

en nuestra consulta, a la vez que al enfermo, estamos viendo esta cara oculta de la realidad.

La evolución de la Enfermedad Cancerosa se puede representar de forma sistematizada en la *Figura 2*. El paciente nota el síntoma y acude a su médico. A continuación se le diagnostica, y entonces se le plantea la terapéutica de dos formas distintas. Una de ellas hacia un tratamiento con fines curativos y otra con una perspectiva de mal pronóstico que será imposible de curar. Cuando se trata a un paciente con la primera actitud, se emplea una terapia agresiva y radical. El objetivo, entonces es la *CURACION* en el sentido exacto de la palabra, y la primera condición será la desaparición del tumor. Los métodos terapéuticos a emplear serán fundamentalmente Cirugía, Quimioterapia y Radioterapia. El resultado incompleto, nos impedirá hablar de curación, y por tanto estaremos en presencia de persistencia de enfermedad. Por tanto, la permanencia del proceso conducirá irremediabilmente al fallecimiento del paciente.

En base a lo anteriormente dicho, la llegada de un paciente nos hace dividir a la población a asistir en dos grupos: 1) El potencialmente curable y 2) El que se va a beneficiar de una paliación de su sintomatología y al que se intentará prolongar su supervivencia. Este segundo fenómeno es real, habitual y por desgracia implica una limitación. Este hecho deberá ser entendido por nuestro paciente.

En la *Figura 3*, vemos a nuestro enemigo, esta vez desde un estricto punto de vista funcional, hay que señalar que la célula tumoral reúne una serie de modificaciones que comprenden al núcleo y al citoplasma. Podemos comprobar alteraciones de su citoesqueleto, citoplasmáticas, funcionales de todo tipo, antigénicas, de la membrana, en relación con las células vecinas, etc...

La célula tumoral se comporta como un elemento totalmente anómalo rechazable por el organismo y al que va a vencer. Sin embargo, ignoramos las veces que el organismo fue capaz de derrotar a la célula tumoral en victorias de las que no hemos sido conscientes.

En la *Figura 4* se observa como una célula normal es capaz de transformarse en otra cancerosa. ¿En función de qué célula que es normal se puede transformar en una célula tumoral?.

Los retrovirus son un tipo de virus capaces de modificar la estructura genética de la célula. Estos elementos coexisten con agentes carcinogénicos con los que convivimos día a día y que son las sustancias químicas de probado efecto mutagénico. Efecto similar tiene la radiación. Por tanto, estos factores en su conjunto, producirían una alteración en la estructura

genética de la célula normal y que induciría un desarrollo canceroso. No se conoce la causa directa y determinante, sin embargo, se tiene constancia de que una serie de factores, ya mencionados, convergen para inducir una descompensación de la fisiología de la célula, originando una clona (línea celular) tumoral.

En la *Figura 5* se sintetiza el fenómeno de la llegada de un retrovirus. Se comprueba como la célula es invadida por un retrovirus con determinado mensaje genético, que se libera en el interior de la célula, en el sentido de insertar su influencia genética en el cromosoma celular normal. Esta línea celular (como antes se mencionó) se llama “clona”, y supone la existencia de un conglomerado o grupo celular independiente. En la *Figura 6* se puede comprobar el tipo de vascularización (o forma de recibir el alimento) que estas clonas celulares pueden desarrollar. Viene determinada de una forma periférica o de una variedad central, aunque las formas intermedias, en las que se conjugan ambas maneras son las más comunes. La vascularización le sirve al tumor para recibir el oxígeno y nutrición, y por consiguiente, es su forma de sobrevivir. La presencia de una buena vascularización en el tumor hace que éste sea más sensible a la quimioterapia, al poder llegar al fármaco con más facilidad al centro del tumor y hacer que las células tumorales “asimilen” el citostático o sustancia quimioterápica.

El tumor, en un momento determinado “decide” diseminarse. Es entonces cuando se habla de metástasis. Se entiende entonces por tal a células hijas, procedentes de lo que llamamos “tumor primario”, y que tiene, al menos, la misma capacidad de éste y se presenta en distintas localizaciones (hígado, pulmón, hueso, etc...).

En la *Figura 7* se observa de forma esquemática como la clona celular empieza a crecer. Pueden observar como se apilan en ausencia de un autocontrol y como su crecimiento puede llegar a ser ilimitado. De este grupo celular se desprenden “células hijas” (las anteriormente denominadas metástasis). De ellas son pocas las que sobreviven, apenas una célula de cada mil. Sin embargo, sólo una célula es capaz de asentarse en un órgano y multiplicarse siendo capaz de originar a su vez, “células hijas”, por tanto, metástasis. Las otras células son eliminadas por el camino. Como se puede ver en el gráfico, se constituye un trombo, compuesto de células tumorales, y por tanto, en excelentes condiciones de proliferación y de contribución a la diseminación de la enfermedad (*Figura 8*).

Hablemos de cinética celular (*Figura 9*). Está comprobado que las células proliferan en función de una ley exponencial. Quiere esto decir,

que la célula tumoral comienza su crecimiento de forma inmediata y rápida. Se va alcanzando una masa tumoral, que puede ser determinada por métodos matemáticos. En un momento establecido se alcanza un crecimiento mínimo o un "plateau". En esa circunstancia, existen grandes masas tumorales y la sensibilidad a la quimioterapia aparece disminuida.

En la *Figura 10* se recogen estos conceptos. Una célula tumoral tiene un tamaño estimado de 10 micras. Esta misma célula, al multiplicarse hasta 10 veces es capaz de alcanzar un microgramo de peso. Cuando lo lleva a cabo hasta 20 veces, puede llegar a lograr hasta 1 gramo. Estamos hablando entonces de una masa tumoral de 1 cm. de diámetro. Es obvio que el diagnóstico de un tumor que en ese momento tiene 1 cm. de diámetro viene a suponer un excelente diagnóstico precoz, pero de acuerdo a las leyes de cinética celular implica que existen alrededor de un millón de células viables en el organismo del individuo. Existe por tanto una extensión importante ya en ese momento. Es fácil de deducir las dificultades reales que supone el llevar a cabo un diagnóstico precoz desde el punto de vista clínico, pero hay que señalar que en el mejor de los casos, implica un estado avanzado de desarrollo de la enfermedad. La posibilidad de metastatizar comienza cuando el tumor tiene en torno a 1 mg. Así, piense Vds. como un tumor de un tamaño mínimo, casi imposible de diagnosticar, es capaz de diseminarse de forma incipiente. Con ello quiero expresar que el diagnóstico de la enfermedad tumoral debe de ser tan pronto como sea posible, sin embargo, no siempre es factible, y además tampoco es determinante para el pronóstico de la enfermedad que se encuentra diseminada desde el principio.

En la *Figura 11* se recoge la forma en que se ha desarrollado la Oncología Médica, que es la especialidad implicada en el tratamiento médico de la enfermedad tumoral. Esta reconocida como tal desde 1978. En este asunto, nuestro país ha sido pionero en Europa. En USA la especialidad se reconoció poco tiempo antes, y en la *Figura 12* ven Vds. la evolución histórica de la Oncología Médica, no como tal sociedad, sino como perspectiva y que implica el desarrollo de los agentes quimioterápicos.

Hasta la década de los años 70' no se ha afrontado en general de forma sistematizada el problema del tratamiento del Cáncer. Durante décadas anteriores la terapéutica habitual era la cirugía, habitualmente muy mutilante. Se podía administrar un tratamiento radiológico. Conceptos nuevos en calidad de vida, hormonoterapia, inmunoterapia, quimioterapia, etc... ha aparecido en las décadas de los 70' y 80'. Aún estamos desarrollando estas nuevas perspectivas. La conclusión de este comentario es la "corta"

experiencia adquirida en el moderno tratamiento del Cáncer. Ello ha contribuido, a pesar de las dificultades encontradas, como nueva especialidad, la Oncología Médica.

En la *Figura 13* se observa de manera esquematizada el papel que la Oncología Médica puede desarrollar en un Hospital General. Habitualmente, el tratamiento actual del Cáncer se presenta de forma multidisciplinaria. Contribuyen a ello el cirujano, radioterapeuta, oncólogo médico y recientemente se ha incorporado el inmunólogo, psiquiatra, el experto en el tratamiento del dolor... Actualmente, hay que señalar que la curación del Cáncer se hace a partir del tratamiento “en conjunto” de los diversos especialistas mencionados, y *que NO existe la fórmula mágica CURATIVA DE LO TUMORES MALIGNOS*.

En la *Figura 14* se recoge el concepto de Investigación en Cáncer. En nuestro país, se desarrolla con dificultad en función de la importante labor asistencial que se lleva a cabo y que imposibilita en mucho otro tipo de actividad. La posibilidad de poseer un banco de datos hospitalario en cáncer (Registro de Tumores) existe en pocos Centros o Instituciones e incluso Comunidades Autónomas. La investigación básica y clínica deben de estar coordinadas de forma primordial. En resumen, en España NO existe un programa Nacional de “Lucha contra el Cáncer”, en el que se recojan aspectos de investigación, asistencia, etc...

En la *Figura 15* se observa como existe un número determinado de pacientes susceptibles de beneficio del tratamiento con quimioterapia. Se puede comprobar como la existencia de 1 millón de casos nuevos por año implica que hay 250.000 casos con enfermedad avanzada o con metástasis, que son los pacientes difíciles de curar y hacia los que va encaminado el principal esfuerzo. El resto de pacientes son susceptibles de tratamiento quirúrgico o radiológico, al estar la enfermedad localizada. A los anteriores se añaden en torno a 170.000 recidivas procedentes del tratamiento local-regional, por tanto hay 420.000 pacientes potencialmente candidatos a quimioterapia.

Por consiguiente, ¿A quién podemos curar?. Por norma, en Oncología, *no se debe de hablar de curación*. Debemos de emplear el término de *Remisión*. La remisión Clínica mantenida durante un tiempo especificado para cada enfermedad conlleva la aparente curación.

Veamos lo que significa la Quimioterapia. Obviamente representa el tratamiento con fármacos de la enfermedad cancerosa. Se puede administrar vía oral, intramuscular o intravenosa. Veán en la *Figura 16* la evolución en la adquisición de fármacos hasta la pasada década. Es capaz de

dañar el tumor y a la vez producir efectos indeseables en el paciente en forma de caída del pelo, cistitis, disminución de las defensas, alteraciones neurológicas, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de oído... etc... Yo les diría que es cierto que la quimioterapia tiene unos efectos no deseados y desagradables para los pacientes, en algunos casos difíciles de superar, pero que está en el buen criterio del médico su aplicación y su uso, sobre todo cuando realmente sea “rentable” su utilización de forma que se alcancen los resultados apetecidos aunque haya que pagar este tributo en forma de toxicidad.

Después de los aspectos técnicos mencionados, les he traído algunos de los casos que con frecuencia se ven en una consulta de Oncología Médica con el fin de darles una visión práctica y material del problema.

La *Figura 17* representa un Cáncer de mama operado. Observen la diseminación cutánea. Existe una tendencia de las pacientes con Cáncer de mama a presentar afectación bilateral. Hay que señalar la posibilidad de un influencia hereditaria, y de ello se deriva el hecho de vigilancia en familiares próximos a las pacientes, ante la eventualidad de que desarrollen la temida enfermedad.

La *Figura 18* representa un Cáncer de mama ulcerado, presenta un elevado grado de infiltración y con gran dificultad de tratamiento. Hay que resaltar, en nuestro medio, como muchas pacientes, acuden con unos tumores muy avanzados, y que crean auténticas dificultades para el tratamiento. Anteriormente se dijo que a pesar del diagnóstico precoz existe en muchos casos una enfermedad diseminada, pero es evidente, que la enfermedad debe de ser reconocida tan pronto como sea posible, pues es la única posibilidad de éxito.

En la *Figura 19* se presenta una localización poco frecuente de metástasis de Cáncer de Mama. Es en cuero cabelludo. Vds. habrán oído hablar de como mediante el empleo de determinados gorros se evita la caída del cabello cuando se administra quimioterapia. Deben de saber que efectivamente así sucede, pero que la metástasis en cuero cabelludo puede ser una de las consecuencias indeseables. Hay que considerar que la caída del cabello es un hecho reversible y, que cuando se suspende la quimioterapia, el cabello vuelve a crecer.

En la *Figura 20* les presento una metástasis de melanoma. Deben de saber que es un tumor de piel y de muy difícil tratamiento cuando aparece diseminado. El pronóstico del melanoma puede ser bueno cuando se diagnostica y se trata en sus comienzos.

En la *Figura 21* se objetiva otro melanoma, en este caso afectando a un brazo y localizado subcutáneo.

En las *Figuras 22 y 23* les presento a un Cáncer de la región retroauricular. Este paciente recibió tratamiento con Quimioterapia y posteriormente Radioterapia. El resultado ha sido excelente *Figura 24 y 25*).

En la *Figura 26* les muestro la curva de Intervalo Libre de Enfermedad de los pacientes portadores de Cáncer Cabeza y Cuello tratados con diferentes esquemas en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Ramón y Cajal. En casos de tumores realmente avanzados somos capaces de lograr que entre un 40-50% de nuestros pacientes sobrevivan 5 años.

En la *Figura 27* les muestro unas radiografías de un paciente con un tumor pulmonar. Vean en la *Figura 28* la respuesta realmente espectacular al tratamiento quimioterápico.

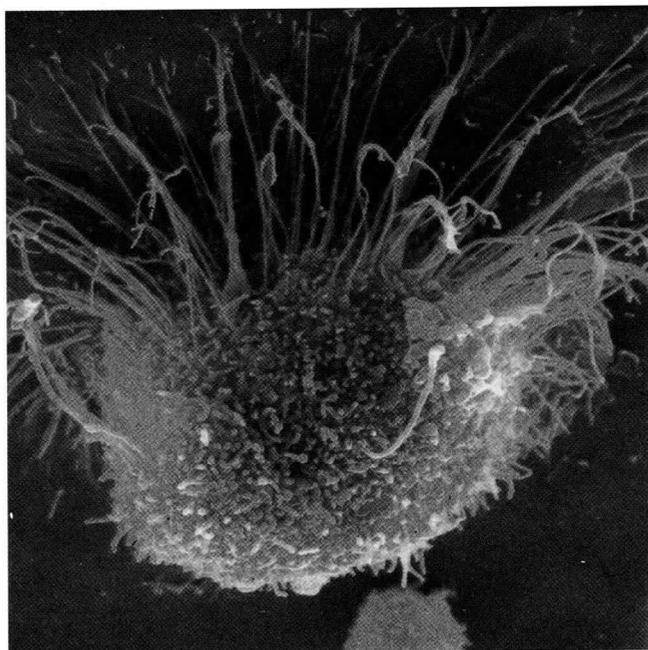
En la *Figura 29* pueden comprobar la existencia de una masa pulmonar derecha que era una metástasis de un tumor que se estableció procedente de la pelvis. En la *Figura 30* observen como desaparece dicha masa pulmonar, encontrándose la paciente libre de enfermedad en estos momentos, y por tanto posiblemente curada.

Les traigo unas diapositivas complicadas con las que quiero significarles una visión microscópica de un cáncer de mama. En la *Figura 31* se encuentran innumerables células tumorales, que prácticamente desaparecen después de un tratamiento hormonal (*Figura 32*). (Obsérvese el fondo ausente de células).

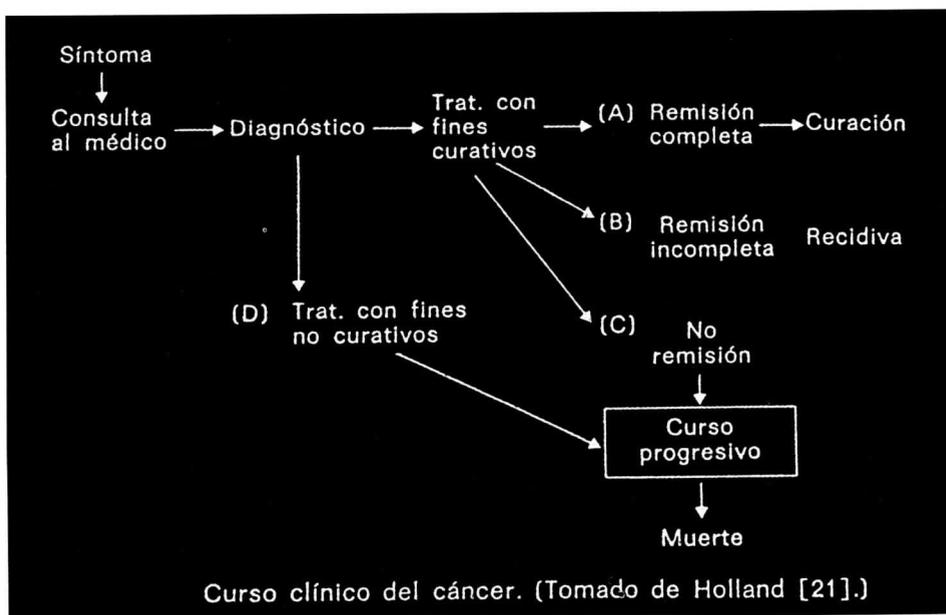
La *Figura 33* les introduce en un campo nuevo. Es la Inmunología. Observen la presencia de la célula tumoral y la de linfocitos normales (es decir nuestros mecanismos de defensa) que se agolpan sobre ella. La célula maligna adopta un aspecto en forma de prolongaciones procedentes del citoplasma (como se objetiva en la *Figura 1*). Los linfocitos se aproximan a la célula maligna inyectándole venenos citotóxicos, cuyo objetivo final es su destrucción. En la batalla no siempre ganan los linfocitos y con frecuencia es la célula tumoral la vencedora. Se puede ver en la *Figura 34* la existencia de linfocitos que están destruyendo a la célula tumoral.

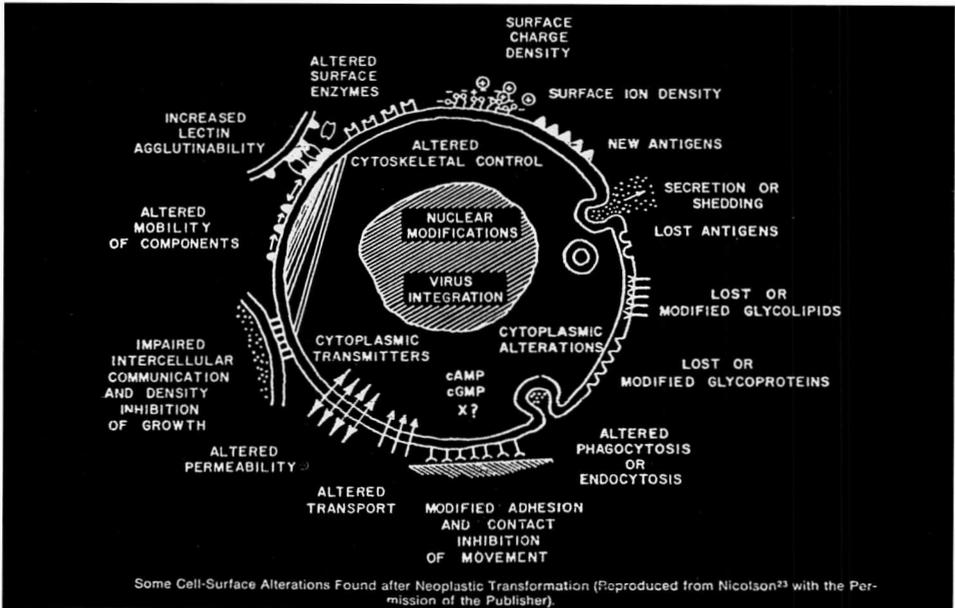
La *Oncología Médica* en nuestro país está por desarrollar. Una de los grandes problemas con el que los médicos oncólogos nos enfrentamos, aparte de la enfermedad, es la ausencia de información de las personas en este tema. Desde esta tribuna, modestamente, solicito que se desmitifique el Cáncer y su tratamiento. Para ello se precisa que se inicien campañas de información y prevención en el marco de Programas Regionales o Nacional de Lucha contra el Cáncer que en nuestro país no existen y que no dudo se llevarán a cabo próximamente.

FIGURAS

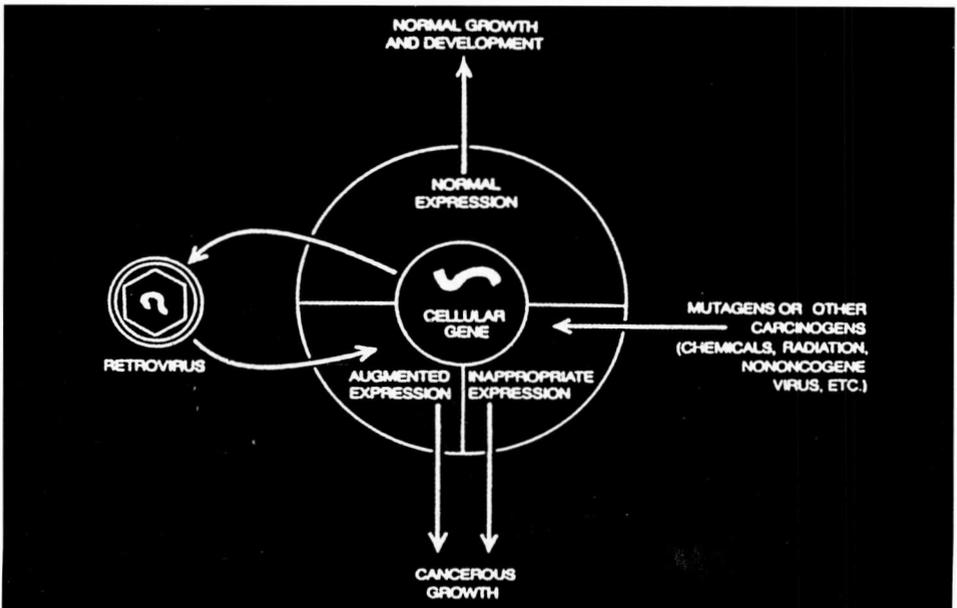


1

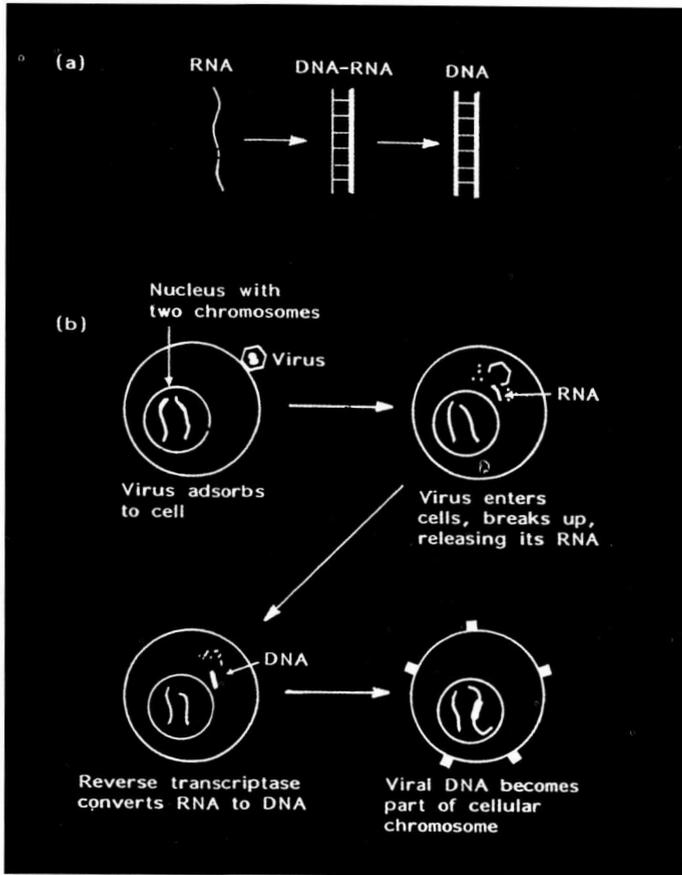




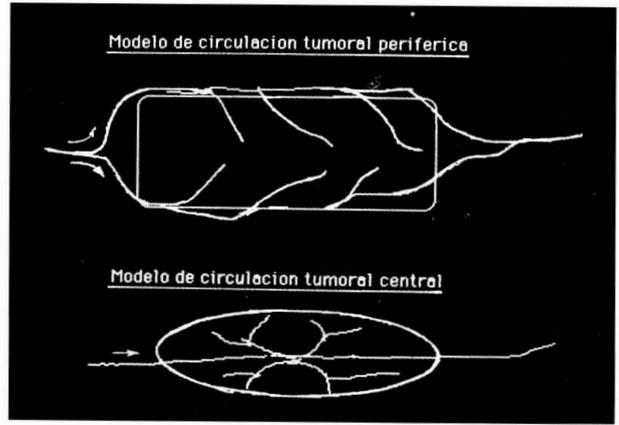
3



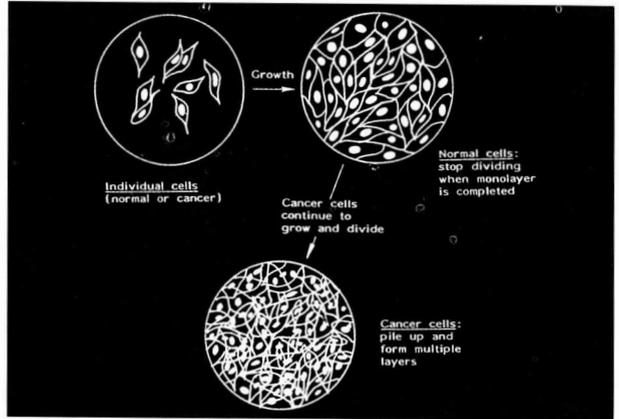
4



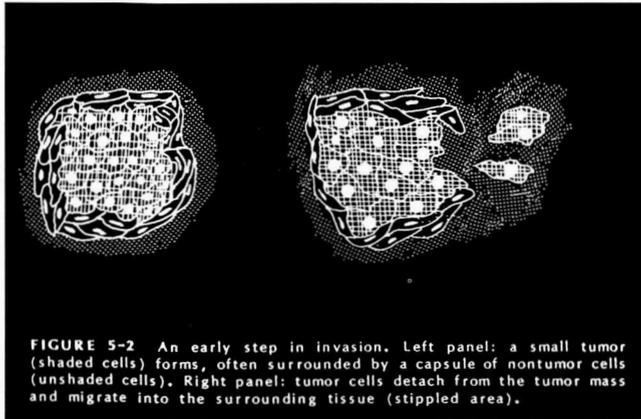
5



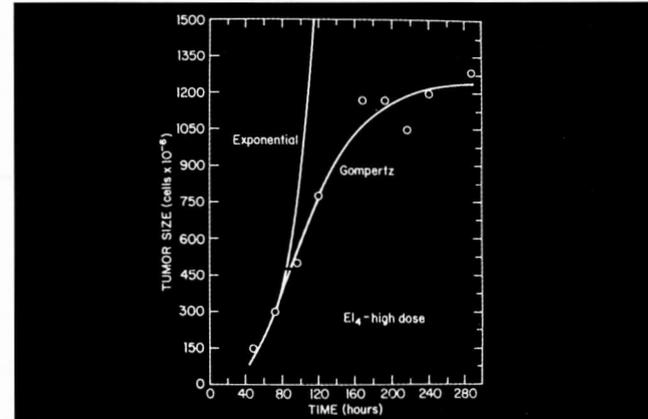
6



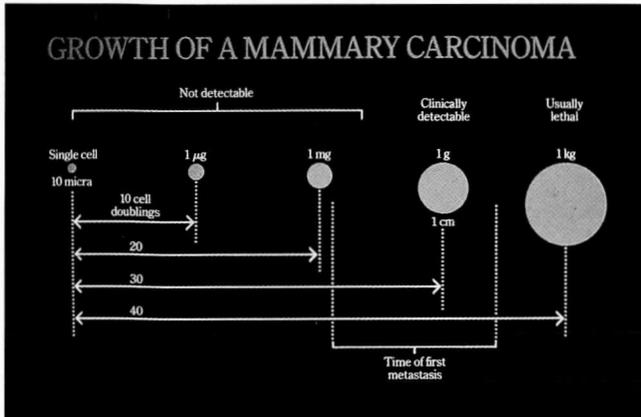
7



8



9



10

### DESARROLLO DE LA ONCOLOGIA COMO ESPECIALIDAD MEDICA

1972	RECONOCIMIENTO OFICIAL EN ESTADOS UNIDOS DE LA ESPECIALIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA
1973	CREACION DE ASOCIACION ITALIANA DE ONCOLOGIA MEDICA (AIOM)
1976	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE QUIMIOTERAPIA ONCOLOGICA (SEQUIO)
1978	RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA ONCOLOGIA MEDICA EN ESPAÑA
1982	SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGIA MEDICA (SEOM)

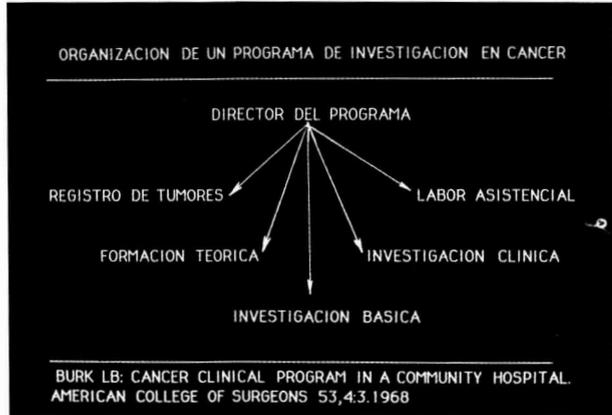
11

EVOLUCION HISTORICA DE LA ONCOLOGIA MEDICA

1946-1960	DESARROLLO DE MONOQUIMIOTERAPIA DEFINICION PARAMETROS EN METODOLOGIA RESULTADOS INICIALES FAVORABLES
1960-1970	PRINCIPIOS EN CINETICA CELULAR FARMACOLOGIA CLINICA POLIQUIMIOTERAPIA PROGRESOS EN BIOESTADISTICA MEJORIA DE RESULTADOS EN TUMORES HEMATOLOGICOS
1970-1980	ENF. MINIMA RESIDUAL QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE POLIQUIMIOTERAPIA SECUENCIAL Y SIN RESISTENCIA CRUZADA TRATAMIENTOS COMBINADOS INMUNOTERAPIA HORMONOTERAPIA TERAPEUTICA DE SOPORTE ATS DE QUIMIOTERAPIA

BONADONNA : MANUAL DE ONCOLOGIA MEDICA 1983.

12



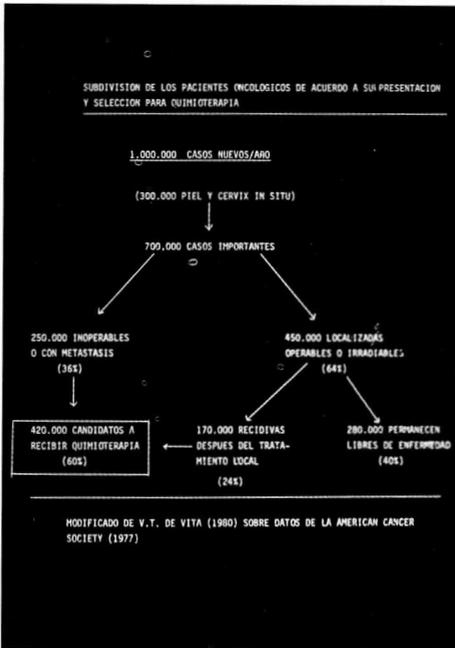
14

FUNCIONES DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA MEDICA  
EN EL HOSPITAL GENERAL

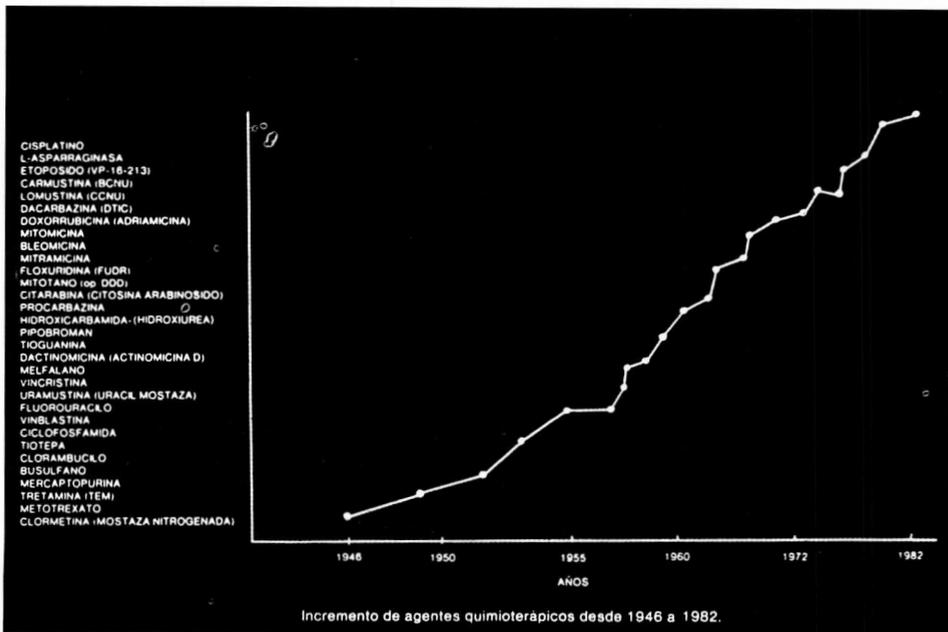
COORDINACION	ANATOMIA PATOLOGICA RADIOLOGIA MEDICINA NUCLEAR OTROS...
CONSULTOR	GINECOLOGIA DERMATOLOGIA
COLABORACION	UNIDAD DEL DOLOR PSIQUIATRIA ASISTENCIA SOCIAL E. INFECCIOSAS BANCO DE SANGRE
CONTROL DIRECTO DE TRATAMIENTOS	ORL TRAUMATOLOGIA CIRUGIA GENERAL CIRUGIA TORACICA NEUMOLOGIA NEUROLOGIA ETC...
INVESTIGACION	BASICA CLINICA

COMISION DE TUMORES

13



15



16



17



18



19



20



21



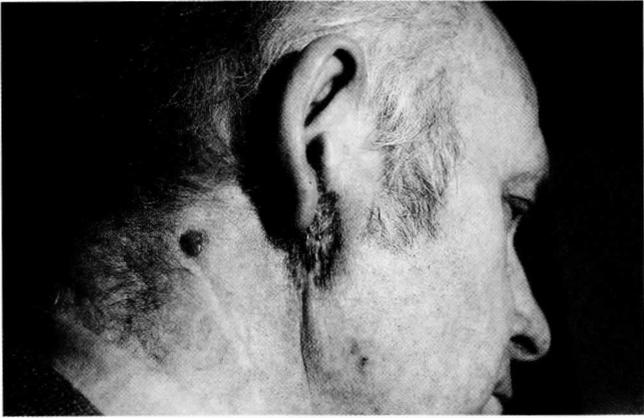
22



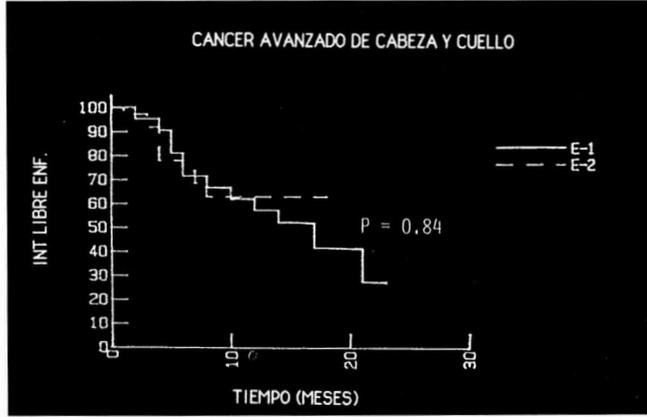
23



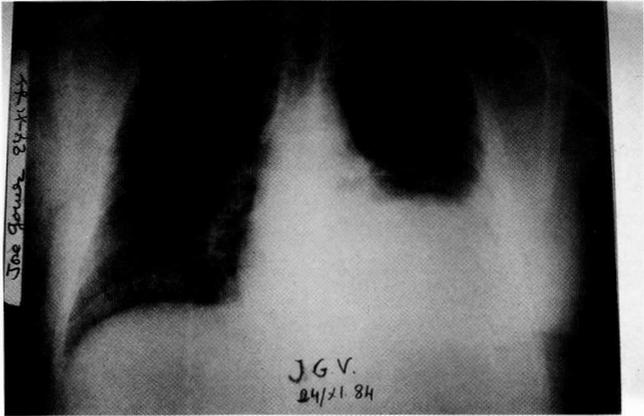
24



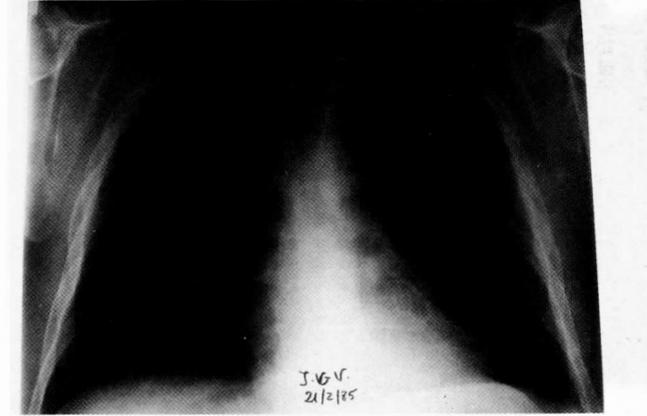
25



26



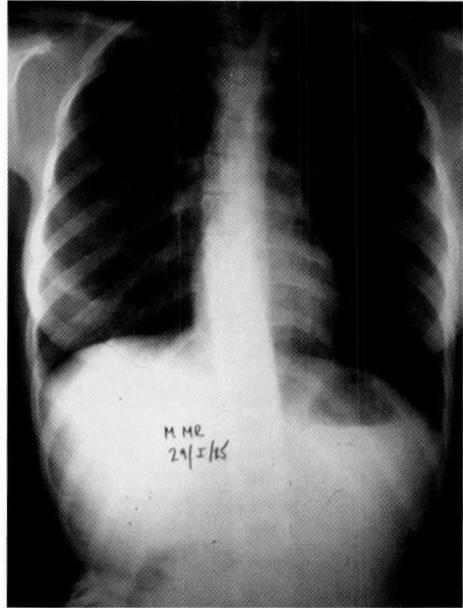
27



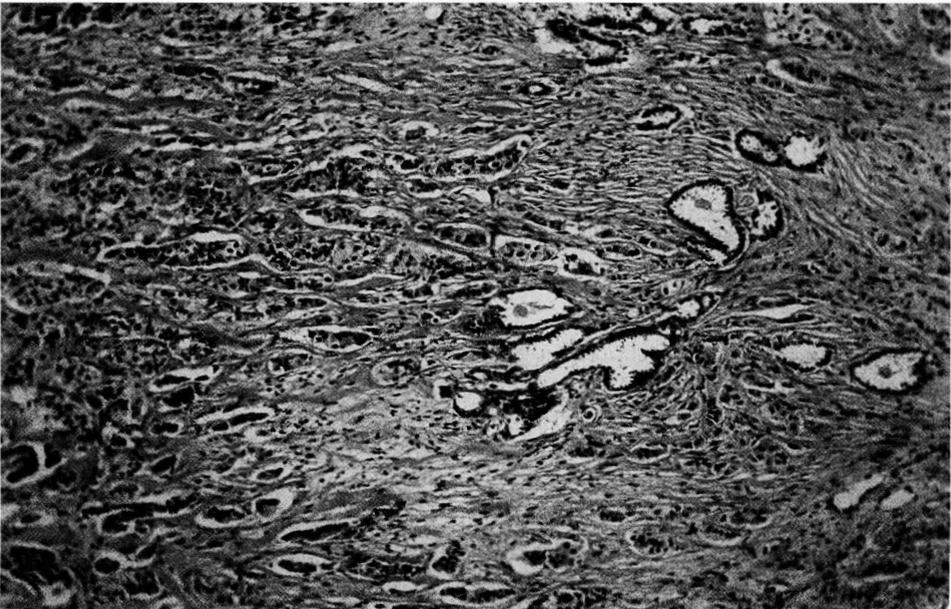
28



29



30



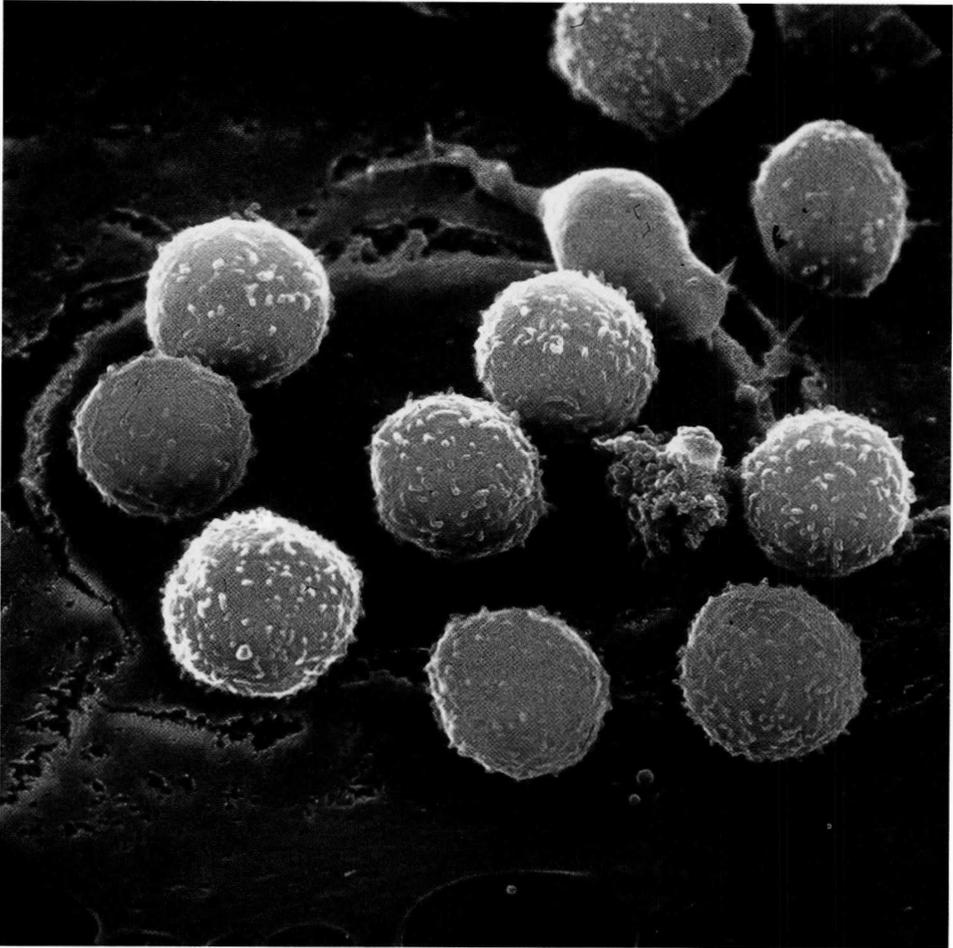
31



32



33



**DIPUTACION  
de ZÁMORA** 

instituto de estudios zamoranos  
florián de ocampo  
(C.S.I.C.)

