

SALUD / POLÍTICA SANITARIA

Isabel Rubio / Javier Cortés

Cirujano oncológico de mama y oncólogo de cáncer de mama en el Hospital de Vall d'Hebron y el Hospital Quirón Barcelona

«Tratar el cáncer no es sólo curar, sino hacerlo en las mejores condiciones de vida»

ANA DOMINGO • BARCELONA

Hace dos semanas se dio a conocer en el Congreso Europeo del Cáncer ESMO-2014 celebrado en Madrid la efectividad de una nueva terapia contra el cáncer de mama, la combinación de pertuzumab con el tratamiento convencional (trastuzumab y quimioterapia), ¿está ya disponible para las pacientes?

- Javier Cortés (JC): Ya la estamos aplicando pero es importante señalar que sólo para el grupo de pacientes que sobreexpresan la proteína HER2 y cuyo tumor no es curable, es decir metastásico o avanzado. En España, el pertuzumab está aprobado, pero se ha de hacer hincapié en que no haya diferencias entre comunidades autónomas ni entre hospitales a la hora de poder acceder al fármaco.

- Estos resultados, ¿abren la puerta a investigar su efectividad en otros subtipos de cáncer de mama?

- JC: Aunque no está aprobado en ningún otro tipo de cáncer de mama, se están llevando a cabo estudios muy preliminares

que lo están explorando y la posibilidad de tratar de forma inmunológica otros subtipos como el triple negativo. En este contexto, es posible que el pertuzumab, junto a otros fármacos, de oportunidades futuras.

- Isabel Rubio (IR): Esto último es importante porque se ha visto en ensayos clínicos en EE UU, donde el pertuzumab está aprobado también para tratar tumores curables, que cuando se da este fármaco a los pacientes en tratamiento neoadyuvante, es decir, antes de la cirugía, mejora la respuesta patológica completa del tumor, de manera que no queda o el tumor se ha reducido de una forma importante. Esto implica no sólo que la paciente mejora su pronóstico sino que facilita o mejora la cirugía conservadora en cáncer de mama.

- ¿Qué significa exactamente para la mujer que «la cirugía mejora»?

- IR: Por ejemplo, en pacientes que de entrada necesitan una mastectomía porque el tumor es muy grande y no permite conservar la mama, el tratamiento permite reducir el tumor de forma que se puede preservar la mama. En cuanto a los ganglios, estamos empezando a ver que en un 40 por ciento de los pacientes que en un principio presentan ganglios positivos, es decir, afectados por el tumor, cuando reciben tratamientos neoadyuvantes de quimioterapia con anticuerpos dejan de tener esos ganglios afectados. Estamos en estudios para ver si en esos pacientes podemos evitar hacer una linfadenectomía. Significa menos cirugía y una mejora de la calidad de vida porque si se obtienen los mismos resultados con menos cirugía hay menos efectos secundarios.

- ¿Se está estudiando también poder ofrecer más tratamientos neoadyuvantes en otros tipos de cáncer de mama?

- JC: Hay otros tratamientos que damos antes de operar que tienen estos efectos. La idea de ofrecer tratamientos neoadyuvantes no es sólo

«En 20 años la radiología de la mama habrá mejorado mucho y podremos detectar los pacientes que tras la terapia no necesitan cirugía»

ver cómo responde el tumor sino mejorar luego la cirugía para mejorar el pronóstico de la paciente. Pero, cabe destacar que los resultados que hemos visto con pertuzumab aplicado en el subtipo HER2+ son los datos más importantes obtenidos hasta ahora en cáncer metastásico. Nunca antes habíamos visto beneficios tan importantes como los obtenidos con este fármaco.

- El beneficio es, sustancialmente, que mejora la esperanza de vida pasando de 20 meses a 5 años.

- JC: Es difícil hablar de números porque se entiende mal. El punto es que este fármaco, combinado con el tratamiento convencional, mejora la supervivencia en más del 30 por ciento. Así, más del 50 por ciento de los pacientes viven cinco años o más con metástasis y hay un grupo de pacientes que muere con el tumor pero no de cáncer. Cronificamos el cáncer de



mama.

- En este sentido, ¿cuál es el futuro del tratamiento del cáncer?

- JC: Discurre por tres vías en esencia. Primero, se está estudiando si estos medicamentos, que funcionan cuando hay metástasis, lo hacen también cuando no la hay. Así, hablaríamos no de alargar la vida sino de curar. Segundo, tenemos que indagar si existen pacientes que al haber respondido tan bien a los tratamientos neoadyuvantes no necesiten cirugía.

- IR: Este punto es relevante porque, ante todos los tipos de cáncer, lo que más nos cuesta a los profesionales es seleccionar a quién debes hacerle más o menos cirugía. Los métodos de imagen radiológica son cada vez mejores, pero aún insuficientes para valorar al 100 por cien la respuesta de los tumores a los tratamientos de neoadyuvancia. Dentro de 20 años, la radiología de la mama habrá mejorado mu-

cho, lo que nos ayudará a detectar mejor esos pacientes que necesitan menos cirugía. Entonces, ¿cuál es el futuro? Darle a cada paciente lo que le beneficie, es lo que se denomina el tratamiento personalizado. Todavía no hemos llegado ahí pero el camino es que cada paciente reciba un tratamiento adecuado a su tumor con una serie de beneficios y riesgos adecuados a sus circunstancias.

- ¿Existen terapias que ya eliminan todo el tumor, más allá de que la imagen lo muestre o no?

- JC: Seguro, por ejemplo, en cáncer de mama HER2+ hay un 40 por ciento de pacientes en los que cuando operas ya no hay tumor. Pero depende de cada subtipo.

- IR: Sí, a estos pacientes les operamos la zona, más pequeña que cuando había tumor, y cuando la analizamos no hay células tumorales.

- JC: Sería óptimo identificar a estas pa-



Miquel González/Shooting

SEGUNDA OPINIÓN Y EXCELENCIA, CLAVES DEL ÉXITO

Trabajan conjuntamente, forman equipo con radiólogos, radioterapeutas y patólogos, entre otros profesionales de la salud, y tienen claro que ésa es la clave del éxito en la lucha contra el cáncer de mama. Son Isabel Rubio, cirujano oncológico, coordinadora de la Unidad de Mama del Hospital de Vall d'Hebron y codirectora de la Unidad de Cáncer de Mama del Instituto Oncológico Baselga en el Hospital Quirón Barcelona, y Javier Cortés, oncólogo especializado en cáncer de mama y melanoma, además de director del Grupo de Cáncer de Mama y Melanoma en el Instituto Oncológico del Hospital Vall d'Hebron, codirector de la Unidad de Mama del Instituto Oncológico Baselga en el Hospital Quirón y jefe de la Unidad de Melanoma del mismo centro. Ambos defienden la importancia de que cada paciente sea tratada por un equipo multidisciplinar porque es desde las diferentes perspectivas y abordajes del cáncer que aportan cada uno de los expertos que se puede ofrecer la mejor indicación de tratamiento. «Esto es tan importante como que, a lo largo de los años, la mejora en la supervivencia, la

reducción en la recidivas o de las cirugías se han logrado gracias a este trabajo multidisciplinar. Ante un cáncer de mama operar no es siempre lo primero que hay que hacer», apunta la doctora Rubio. Más aún, el doctor Cortés insiste en que cuando a una mujer se le insta a pasar por quirófano en su primera visita al oncólogo es importante que ésta busque una segunda opinión y lo haga, además, en centros de referencia en el tratamiento del cáncer. «En el 80 por ciento de los casos hay diferentes opciones de tratamiento que la mujer debe conocer, con sus beneficios y complicaciones, y decidir qué le conviene. Para ello es necesario que haya un equipo multidisciplinar que aporte estas opciones y su secuencia», explica la cirujana. Su mensaje para toda mujer que acaba de ser diagnosticada de cáncer de mama: «El cáncer, hoy se cura y, si no, se cronifica», asegura el oncólogo y la doctora Rubio reitera: «Que la mujer haga todas las preguntas que tenga que hacer en la consulta para resolver sus dudas porque es ella la que va a recibir el tratamiento y se han de valorar todas las circunstancias de su vida».

datos muy importantes cuando se aplica en la primera línea de tratamiento, recién diagnosticado aunque metastásico. Y otro, sobre los inhibidores de ciclinas. ¿Qué son las ciclinas? Son proteínas involucradas en la replicación de las células. Han dado resultados muy interesantes y el año que viene tendremos resultados definitivos para ver si estos medicamentos se aprueban también en el cáncer de mama metastásico.

- ¿Y, en cuanto a la cirugía?

- IR: Llegará un momento, a corto o medio plazo, en que dejaremos de hacer disecciones axilares. Quitaremos un ganglio o dos

- ¿Y en el caso de que sea necesaria una mastectomía?

- IR: Hemos avanzando mucho en cuanto a la reconstrucción pero todavía no hemos llegado a la ideal. Al cabo de unos años las reconstrucciones hay que retocarlas y se ha de mejorar más. Luego, es necesario señalar que, a veces, la paciente solicita una mastectomía bilateral por el miedo que tiene a volver a tener cáncer. En ese momento, es importante, por un lado, que el profesional le explique en detalle los beneficios y las complicaciones de una mayor cirugía, en función del riesgo real de volver a tener un cáncer de mama,

y, por otro, que ella le pregunte hasta resolver todas sus dudas.

- Con todo, se habla de mejorar la calidad de vida de las pacientes, pero ¿eso qué significa desde su perspectiva?

- JC: Definiría una buena calidad de vida como aquella que permite que el paciente siga con su vida normal en líneas generales. A partir de ahí, depende de cada paciente porque es algo muy muy personal.

- IR: Esto durante la terapia y luego, la calidad de vida viene determinada por tener pocos efectos secundarios que impacten en tu vida diaria. El tratamiento del cáncer no es sólo curar sino hacer que los pacientes que morirán de mayores o de otra enfermedad vivan en las mejores condiciones posibles.

cientes. Luego, el futuro también pasa por un tercer punto que es profundizar en la biología molecular de los tumores; buscar y encontrar tratamientos muy específicos para cada persona. Aunque a corto o medio plazo el futuro es la inmunoterapia. Creo que en el momento en el que veamos qué pacientes se pueden beneficiar de la inmunoterapia podremos hablar de pacientes metastásicas que se pueden llegar a curar.

- ¿Curar a corto o medio plazo?

- JC: Curar, sí curar. Hoy es una realidad en pacientes muy seleccionados de melanoma, pero estamos empezando a estudiar en cáncer de pulmón, en cáncer de vejiga, de mama, etc con resultados muy interesantes.

- ¿No es muy ambicioso hablar de corto o medio plazo?

- JC: Entre cuatro y ocho años, sí. Creo que la próxima gran noticia en cáncer lo dare-

mos en el campo de la inmunoterapia.

- IR: De hecho, esta terapia se ha empezado a investigar en esos tumores que se han considerado siempre más inmunológicos, como el melanoma, pero lo que se está viendo es que la inmunoterapia puede funcionar también en otro tipo de cáncer y parece que sí funciona, aunque es algo muy inicial porque es un campo completamente innovador.

- ¿A corto plazo, que más estudios pueden suponer un paso importante?

- JC: El año que viene veremos dos o tres estudios importantes. Uno sobre otro grupo de fármacos contra HER2+ que ha dado resultados muy buenos que se basan en la molécula T-DM1. Funcionan como un caballo de Troya. Es decir, el caballo es el anticuerpo y dentro de él van los soldados que es la quimioterapia. Ya está aprobado en Europa para el cáncer de mama metastásico pre-tratado pero tendremos

«Cuando veamos qué pacientes se pueden beneficiar de la inmunoterapia podremos hablar de pacientes metastásicos que se curan»

recibido tratamientos neoadyuvantes, si el ganglio centinela es negativo no sacamos el resto. Y, así, el linfedema se irá reduciendo porque tendremos maneras de minimizar ese riesgo. En cuanto a la cirugía conservadora, cada vez la podremos hacer con más seguridad gracias a los tratamientos neoadyuvantes y quizás llegue un momento en el que el tumor ha respondido tan bien a la quimioterapia que con unas simples biopsias, sin necesidad de quitar la zona de la mama, sin operar, sea suficiente.