

Manuel Ruiz Borrego

Responsable de la Unidad de Cáncer de Mama del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y presidente de la Sociedad Andaluza de Oncología Médica



«Los anticuerpos conjugados son la nueva generación contra el cáncer»

PILAR PÉREZ • MADRID

En el campo de la Oncología, en la última década se han dado grandes avances y si sólo se mira cinco años atrás esto es más significativo aún. Uno de los tumores en los que más progresos se han logrado es el cáncer de mama. ¿Cuáles son los factores que más influyen?

-Estamos en un momento global en la Medicina de precisión cada vez más cerca de que se convierta en una realidad cotidiana para todos los pacientes, con tratamientos más dirigidos, más eficaces y menos tóxicos. Probablemente dentro de este marco, el cáncer de mama, por diversos motivos, está en la punta de la lanza, posiblemente los mayores avances y mejores resultados se estén produciendo justamente en esta patología.

-De las últimas novedades, a su juicio,

¿cuáles serían las más destacadas?

-Dentro de este gran marco, en este tumor estaría el grupo de las pacientes HER2+, que suponen un 15-20% de las pacientes con cáncer de mama. Hace una década eran afectadas con mal pronóstico, porque la expresión de esta proteína tiene un carácter negativo porque no teníamos nada con qué combatir esta diana y había posibilidades de obtener buenos resultados terapéuticos. Cuando hemos conseguido identificar determinadas moléculas contra ella, se ha convertido en un grupo de mujeres con buen resultado. Hemos pasado a tener un factor predictivo de respuesta a algunas moléculas identificadas que ya estamos usando.

-Ahora empiezan a emplear fármacos que se destinaban para enfermedad avanzada en precoz, ¿no?

-Sí, damos un paso más allá, podemos abordar las distintas fases con las moléculas que tienen una diana en concreto.

Podemos hablar de trastuzumab (Herceptin), que primero se indicó en enfermedad metastásica y más tarde en patología precoz, y ahora contamos con una nueva generación. Uno de ellos es el fármaco que se ensaya en el estudio Katherine, que es TDM-1 (comercializado como Kadcycla por Roche).

«Es una molécula que llegó primero para tratar la fase avanzada del tumor y ahora se usará en etapas más precoces»

-¿En qué consiste esta terapia?

-Se trata de un compuesto que pertenece a un grupo nuevo que se denomina anticuerpo conjugado. El fármaco lleva, por una parte, el anticuerpo monoclonal (en este caso trastuzumab) y, además, lleva una molécula que es citotóxica, es el derivado por la emtansina. De manera que el fármaco se une al receptor y es introducido en el interior de la célula, es decir, se coloca la quimioterapia dentro de ella, lo que produce una mayor eficacia y una menor toxicidad.

-Pero no es una molécula nueva, sino que se ha encontrado una nueva indicación, ¿cierto?

-Hasta ahora se ha empleado siempre en enfermedad avanzada, en segunda línea de tratamiento tras el fracaso de la primera o bien porque la patología haya progresado con gran rapidez. Pero ahora el estudio Katherine viene a demostrar que el fármaco puede emplearse en enfermedad precoz, en una situación concreta, en la que las pacientes han recibido un tratamiento prequirúrgico, en neoadyuvancia, y no han conseguido con el mismo una respuesta completa patológica. Es decir, que, tras la aplicación del tratamiento, cuando el cirujano interviene no se encuentra ni enfermedad en la mama ni en la axila, coloca a la paciente, ya tenga HER2+ o no con cualquier terapia, en un grupo de buen pronóstico. Es decir, que consiguen vivir más tiempo y mejor.

-Entonces, ¿se trata de un nuevo abordaje que podría ser usado en primera línea?

-Eso es lo que se ha mirado en el estudio, aunque valdría para todas, en concreto funciona en las HER2+, porque evolucionan peor. Y por eso en el ensayo Katherine se investiga justo para ver si un fármaco diferente TDM1 comparado con el estándar de adyuvancia es capaz de obtener una respuesta completa. Los resultados avalaron que justamente las pacientes que reciben TDM1 tras la neoadyuvancia cuando no hay respuesta completa patológica, en situación de adyuvancia (después de la cirugía), nos encontramos que el fármaco consigue reducir el riesgo de que la afectada desarrolle lo que se conoce como enfermedad invasiva y también la denominada patología a distancia, esto es, que de forma global aumenta el intervalo de libre de enfermedad.

-¿Cuál ha sido el número de pacientes involucradas en el ensayo clínico?

-En el estudio se han beneficiado unas 1.500 mujeres de diferentes países.

-¿Considera que este nuevo diseño de molécula terapéutica supone una revolucionaria concepción para elevar la eficacia de sus acciones?

-Se trata de una molécula que es la primera de una nueva generación terapéutica. En cáncer de mama llegó primero en la fase avanzada de la enfermedad, para aquellas pacientes que experimentaban el HER2+. La molécula combina el efecto de la quimioterapia con la eficacia del anticuerpo monoclonal.