



NUEVAS
ESTRATEGIAS
CONTRA
EL CÁNCER

“Adaptar la terapia al perfil genético del paciente permite ofrecer mayor eficacia y menor toxicidad”

El doctor **Jesús García-Foncillas**, director de Oncología de la Clínica, apuesta por abordar la lucha contra el cáncer con tratamientos individualizados basados en los biomarcadores moleculares propios de cada persona

CUN ■ “El primer paso para abordar el mejor tratamiento individualizado contra el cáncer y obtener la mejor respuesta posible en una persona concreta reside, hoy por hoy, en obtener su perfil molecular”. Así lo afirma el doctor Jesús García-Foncillas, director del Departamento de Oncología Médica de la Clínica quien apuesta por dirigir la lucha contra el cáncer hacia tratamientos individualizados que atiendan a las características genéticas de cada paciente para conseguir así los mayores beneficios terapéuticos posibles.

En esta línea, el especialista considera que encauzar las terapias hacia los biomarcadores moleculares presentes en los genes de cada individuo “nos permite poder conocer cuáles son las mejores terapias para esa persona concreta en términos de eficacia y de toxicidad”.

Asegura, además, que ese abordaje individualizado en las terapias contra el cáncer redundaría en una optimización de los costes económicos del tratamiento de la enfermedad tumoral ¿Y el gasto que supone un estudio molecular personalizado de cada paciente?

Cuando uno coloca en un lado de la balanza el coste real de un análisis genético y en el otro el gasto que supondría tratar inadecuadamente a un paciente durante semanas con fármacos que de por sí son muy costosos y que no van a conseguir ninguna eficacia, podemos asegurar que el coste del análisis genético resulta claramente muchísimo más barato que el de esos medicamentos.

A esa falta de eficacia de los fármacos en determinados pacientes, habría que añadir los efectos adversos que pue-

den provocar en cuanto a toxicidad.

El coste de esos efectos secundarios es importante. No acertar con un tratamiento tiene un coste. Por una parte, el coste de una terapia ineficaz, basada en fármacos que normalmente no suelen ser baratos, y por otro lado, los efectos secundarios de esos fármacos que se pueden traducir en ingresos hospitalarios, y distintas medidas para recuperar al paciente (antibióticos por vía intravenosa, fármacos que actúan sobre la médula ósea, ...). En suma, el coste de un tratamiento no adecuado supera con creces lo que se ha podido gastar en un estudio genético.

El panorama de la asistencia clínica general ¿se dirige hacia estas nuevas soluciones terapéuticas?

Todavía a nivel mundial son muy pocos centros los que

“Si podemos saber qué tratamiento es más eficaz para una persona concreta nuestro objetivo es administrárselo”

“No ofrecer, cuando es posible, un abordaje individualizado supone poder perder la oportunidad de una acción eficaz frente a la enfermedad”

han tomado esta iniciativa. Pero de lo que no hay duda es de que supone una racionalización de los recursos, y lo que es más importante todavía, si podemos saber qué tratamiento le puede ir mejor a una persona concreta no podemos dejar de administrárselo. En cáncer, administrar una terapia que no es la adecuada significa que durante el tiempo que está reci-

INMUNOTERAPIA

Dentro de las terapias más avanzadas, ¿dónde tienen cabida las líneas terapéuticas basadas en la activación del sistema inmune del propio paciente?

Dentro de las terapias actuales que pueden considerarse como tratamientos de futuro en patología oncológica, evidentemente, aprovechar las ventajas que puede aportar el sistema inmunológico constituye un punto de referencia hacia el desarrollo de nuevos tratamientos.

¿En qué sentido?

Está probado que durante la enfermedad y el origen de la misma hay una cierta pérdida de función del sistema inmunológico que, entre otras cosas, lo que hace es ofrecer una permisividad al desarrollo de la enfermedad. Evidentemente, una de las maneras de

trabajar frente a la enfermedad es volver a potenciar la funcionalidad inmunológica en dos direcciones. La primera, en la capacidad de reconocer a las células tumorales como extrañas y la segunda, en incrementar la actividad frente a esas células tumorales, de manera que nuestras células inmunológicas sean capaces de actuar frente a estas células malignas que previamente hemos hecho que sean reconocidas como extrañas.

Sin embargo, en fases avanzadas la capacidad de respuesta del sistema inmune contra un cáncer no resulta muy eficaz

Evidentemente, cuanto menor es el volumen de la enfermedad tumoral, mayor es la probabilidad de éxito desde un abordaje inmunológico.

biendo ese tratamiento no se está aportando ningún beneficio, existiendo, por otra parte, un riesgo potencial de efectos adversos. Por lo cual, más allá de la rentabilidad económica, está el beneficio que supone poder ofrecer la opción terapéutica con más probabilidad de ser eficaz.

A día de hoy ¿se conocen biomarcadores para poder emplear un abordaje basado en el perfil genético en todos los tipos de tumores? ¿para qué tumores se conocen?

Se van conociendo cada vez mayor número de biomarcadores en más tumores. Sin embargo, no se cuenta todavía con marcadores para todos los tumores, ni para todos los tratamientos. En aquellos tumores para los que sí podemos ofrecer esta personalización, como son algunos tipos de cáncer de colon, de pulmón, de mama, de sarcomas y de tumores cerebrales, debemos aprovechar dichos marcadores para aportar realmente ese beneficio al paciente. No ofrecer ese tratamiento personalizado, sobre todo en el caso de terapias con alta toxicidad y por tanto de elevado riesgo, además de la ausencia de beneficio significa poner en riesgo la salud de ese paciente.

¿Cuáles son los tumores para los que se conoce mayor número de biomarcadores?

Algunas situaciones de cáncer de colon, pulmón, mama, sarcomas y tumores cerebrales. Pero se están investigando más biomarcadores en otro tipo de tumores no tan prevalentes. Por ejemplo, para el melanoma ya tenemos un marcador concreto que es la mutación del gen B-RAF, cuya presencia indica que ese paciente es candidato a un tratamiento con un fármaco nuevo que es el Vemurafenib.