

Joan Albanell

«Hay mujeres con metástasis por cáncer de mama desde hace 10 años» • **6 y 7**





► 1 Noviembre, 2016

Joan **ALBANELL**

Responsable del área de Oncología del Hospital del Mar, de Barcelona.

«Atiendo a mujeres que tienen metástasis por cáncer de mama desde hace 10 años»

Sus estudios sobre el cáncer de mama, función que el doctor Joan Albanell (Barcelona, 1964) desarrolla en el Instituto de Investigación del Hospital del Mar, buscan dar con la medida justa que permita, dentro de lo posible, eliminar el tumor maligno sin que eso implique arrastrar el resto de la vida dolorosas secuelas. Por esa razón, las pacientes atendidas en su servicio -también en otros de Catalunya- reciben dosis constantes de vitamina D, que frena la tendencia a desarrollar osteoporosis que implican los tratamientos contra el cáncer de mama de origen hormonal. Duda de que, como mínimo antes de 15 años, sea posible prescindir de la quimioterapia convencional.



ONCÓLOGO.
 Joan Albanell, en el Hospital del Mar.

Ángels **GALLARDO**

-La incidencia del cáncer de mama sigue creciendo. ¿A qué lo atribuye?

-A la edad. A que las mujeres viven más años y tienen más tiempo para desarrollar un cáncer de mama. La media de edad del diagnóstico está ahora en los 65 años.

-¿Influyen otros factores?

-Sí. Por ejemplo, tener la menstruación a edad muy temprana y la menopausia muy tarde. Tener hijos cuando se es mayor. Tomar anticonceptivos orales durante muchos años. Estos son riesgos demostrados. Y cada vez hay más evidencia de la relación entre el ejercicio físico y la disminución del riesgo de sufrir este cáncer, además de seguir una dieta equilibrada, basada en fruta, verdura y poca grasa.

-¿Existe una razón médica que explique el beneficio del ejercicio físico en la reducción del riesgo de cáncer?

-Sí. Deducimos que hacer ejercicio actúa sobre las hormonas y es un

factor de protección frente al riesgo de sufrir cáncer de mama de origen hormonal, que son la mayoría. Baja el riesgo. Hablamos de hacer ejercicio físico constante, por ejemplo, durante unos 30 minutos cinco días a la semana. No es necesario que sea un deporte intenso, basta con un ejercicio que produzca sensación de cansancio. Caminar rápido, por ejemplo. No solo pasear.

-¿Qué porcentaje de tumores de mama están relacionados con las hormonas femeninas?

-Casi un 70%. Esa vinculación no está relacionada con la genética sino con los factores mencionados [menstruación temprana, menopausia tardía] ya que eso significa que los ovarios producen estrógenos durante más años. Los estrógenos, las hormonas femeninas, implican riesgo de cáncer de mama.

-La máxima detección se produce pasados los 60 años, cuando las mujeres ya no tienen la menstruación.

-Sí. Pero existe un efecto acumulativo de exposición a los estrógenos, y también se debe a que los mecanis-

mos de reparación de las células que sufren alteraciones genéticas se van haciendo más ineficaces a medida que avanza la edad. Cuesta más que se produzca esa reparación.

-¿Las mujeres que sufren cáncer de mama reúnen algunas características que les son comunes?

-No. Más del 90% de los tumores son esporádicos, es decir, no tienen una base genética que los determine o predisponga. La mayoría son aleatorios. Aparecen al azar.

-¿Cómo se forma este cáncer?

-Van apareciendo mutaciones en el tejido epitelial mamario y, en algunos casos, esas mutaciones provocan que el tejido mamario se cancece. No siempre existe un factor de riesgo claro. Otra cosa son los cánceres vinculados a la genética.

-¿Cuántos son de causa genética hereditaria?

-Entre un 5% y un 10%. En esos casos, existe una mutación asociada que se hereda a través de la familia. No siempre se encuentra cuál es el gen que está causando el tumor.

-¿Qué genes han identificado?

-Los genes asociados al cáncer de mama más conocidos son el BRCA-1 y el BRCA-2, que causan aproximadamente un 5% de los casos.

-¿Cuál es el índice de mortalidad por este cáncer?

-Las tasas globales de supervivencia a los 5 años del diagnóstico oscilan entre el 85% y el 90%. Son extrapolables a toda Catalunya, ya que en todo el territorio existen programas de cribado de diagnóstico precoz. Y equipos interdisciplinares especializados, en todos los hospitales. Esto optimiza los buenos resultados.

-¿Cuántos diagnósticos surgen de esos cribados poblacionales?

-Muchos, tal vez, la mayoría. La práctica regular de mamografías propicia que la mayoría de tumores detectados se encuentren en estadios incipientes. Antes de que exista afectación de los ganglios de las axilas.

-¿Ese otro 15% de mujeres que no sobreviven cinco años después del diagnóstico sufría metástasis?

-Un cáncer de mama causa la muer-

«Casi el 90% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama viven 5 años después»



te de la paciente cuando ha creado metástasis en algún órgano vital y ese tumor no es compatible con la función del órgano invadido. Pero hay excepciones. Yo mismo atiendo en mi consulta a mujeres que sufren metástasis por cáncer de mama desde hace más de 10 años. Son poco frecuentes, pero existen.

-¿Qué tratamientos aplican?

-Hay tres tipos: casi un 70% de las pacientes, las que tienen un tumor con receptor hormonal positivo, reciben terapia hormonal o quimioterapia convencional, o las dos cosas a la vez. También algún nuevo tratamiento biológico. Otro 20%, sufren un cáncer de mama denominado HER-2 positivo: tumores que tienen una proteína expresada en cantidades anormalmente altas. Estos reciben fármacos específicos contra esa proteína, que son anticuerpos monoclonales.

-¿Y el resto?

-Hay otro 10% de casos, denominados triple negativo, que no tienen receptores hormonales alterados, ni tampoco el HER2 positivo. Todos

se pueden tratar con quimioterapia o fármacos biológicos.

-¿Es cierto que en muchos casos se podría evitar la quimioterapia?

-Mi primer trabajo de investigación ya trató este tema, y sigue siendo actual. Es un dilema. En las mujeres a las que se ha operado y eliminado un cáncer de mama, lo que queremos es evitar una recaída y la formación de metástasis, pero nunca tenemos forma de saber, de forma individual, cuáles están predestinadas a recaer de su cáncer, o quienes no lo están. Nos basamos en las estadísticas.

-Para decidir qué hacer.

-Sí. Sabemos que una mujer a la que le hemos extirpado un tumor pequeño, de un centímetro, y sus ganglios están limpios, tiene un riesgo del 10% de recaer pasados unos años. Pero en ese momento, no podemos saber en cuáles de ellas existe una célula cancerígena que se ha escapado y llegará a la médula ósea o al pulmón, o circulará por la sangre.

-¿Y?

-Si en ese momento las tratamos

«Una paciente a la que hemos extirpado un tumor tiene el 10% de riesgo de recaer»

con quimioterapia, el riesgo se reduce al 6% o 7%. Pero desconocemos cuáles se podrían beneficiar de esa quimioterapia o a quien no le evitará la recaída. Para superar ese dilema, si queremos ofrecer la máxima protección a estas mujeres, habíamos de dar quimioterapia al 100%. Esto fue así hasta el 2008.

-¿Qué ocurrió en el 2008?

-Aparecieron formas de predecir el pronóstico de las mujeres operadas que, en principio, no tienen cáncer.

-¿Un método predictivo?

-Son unas pruebas, llamadas plataformas genómicas, que ayudan- insisto, ayudan- a ver con más precisión qué mujeres se pueden beneficiar de una quimioterapia como forma de prevenir una recaída con metástasis del cáncer de mama.

-Ya las aplican.

-Sí. Los hospitales de Catalunya disponen de cuatro plataformas de este tipo. Cada una analiza entre 20 y 70 genes distintos. Se utilizan obteniendo un trozo del tumor de la mujer en cuestión, al que se le apli-

ca una tecnología que mide la expresión de todos esos genes. El resultado permite definir mejor el riesgo de recaída y determinar en qué casos la paciente podría ahorrarse la quimioterapia con una fiabilidad más que razonable. O en qué casos puede serle de un beneficio importante.

-Son plataformas caras.

-Muy caras. En cualquier caso, siempre requerimos la opinión de las pacientes. Las hay que, sea cual sea el resultado tras aplicarles esas plataformas, quieren recibir quimioterapia para reducir su riesgo de recaída. Quieren la máxima prevención. Y las hay que salga el resultado que salga, no quieren quimioterapia. A estas, ya no les haríamos el test.

-¿Cree que se dejará de utilizar la quimioterapia convencional?

-Creo que se utilizará durante como mínimo 15 o 20 años, aún. Tal vez, entonces, los tratamientos biológicos o la inmunoterapia puedan sustituirla, porque estos son mejor tolerados. De momento, es un tratamiento efectivo, curativo para muchas mujeres, aunque se le teme. ≡