



CATALUÑA LA ENTREVISTA DEL LUNES

CLARA MONTAGUT

ONCÓLOGA DEL HOSPITAL DEL MAR Y COORDINADORA DEL ESTUDIO SOBRE UN NUEVO FÁRMACO PARA COMBATIR EL CÁNCER DE COLON CON METÁSTASIS

Ángela LARA- Barcelona

-¿Cuál es la incidencia del cáncer colorrectal?

-Es el segundo cáncer más frecuente en España en hombres y también en mujeres y, si sumas hombres y mujeres, es el cáncer más frecuente en España.

-Además, ¿esa incidencia va en aumento?

-La verdad es que se mantiene estable y además, la buena noticia es que con los programas de screening, que se están instalando en toda Cataluña, la incidencia no ha bajado pero sí que estamos diagnosticando la enfermedad en estadios muy precoces, cuando se puede curar. Por ello, ha bajado la incidencia del cáncer de colon con metástasis. Con el screening se hace un análisis de sangre oculta en heces y si sale positivo, hay que hacer una colonoscopia, y de las colonoscopias que se hacen, cáncer es menos de un 5% y la mayoría son pólipos, que se sacan y te olvidas del cáncer.

-¿Es éste un cáncer propio de la edad?

-En la mayoría de casos se desarrolla a partir de pólipos intestinales que se van degradando o transformando y el paso de pólipo a cáncer es de 10 o 15 años. Por ello, suele aparecer a una edad avanzada, sobre los 65 años.

-¿Cuál es el índice de supervivencia?

-En estadios precoces es muy alto, en estadios avanzados esta supervivencia disminuye pero sí que ha aumentado de forma muy importante en los últimos años y somos capaces de cronificar la enfermedad durante varios años y en un pequeño porcentaje de cáncer metastásico lo llegamos a curar.

-Señala la importancia del uso del screening para el diagnóstico precoz. ¿Es o por qué los síntomas son tardíos?

-Los síntomas principales son pérdida de sangre, que da anemia, y cambios en el ritmo de posicionar, o sea tendencia a la diarrea o el estreñimiento. Estos síntomas



M.González/Shooting

«Hay una nueva herramienta para los pacientes a los que ya no podíamos tratar»

se dan cuando el cáncer ya está más avanzado. Por ello el screening se realiza a personas entre 50 y 69 años. Éstos reciben una carta a domicilio, con la que van a la farmacia y allí les dan de forma gratuita el test para la detección de sangre oculta en heces. Una vez lo han realizado, han de devolver el test a la farmacia y ésta se encarga de tramitarlo y, si sale positivo, les llaman para darles hora para la colonoscopia.

-¿Los tratamientos contra el cáncer de colon son los convencionales?. En cualquier caso, ¿hay un grupo de pacientes que presentan resistencia a estos tratamientos?

-Efectivamente, los tratamientos son cirugía; quimio; radio en algunos casos muy concretos, sobre todo en el cáncer de recto; terapias dirigidas y fármacos biológicos. Pero a pesar de esto, en algunos casos de cáncer de colon

metastásico, en torno al 25%, los fármacos dejan de funcionar en algún momento dado por la aparición de resistencias. Las células se vuelven resistentes y ello puede ser por la aparición de mutaciones o por alteraciones de la célula tumoral

-Llegados a este punto, parece que ahora se abre una nueva puerta con el antioncogén EGFR Sym004.

-Nos situamos en cáncer de colon metastásico tratado con fármacos anti EGFR. Como decía, cuando se trata con un fármaco biológico el tumor puede acabar volviéndose resistente a este fármaco y lo que identificamos hace unos años es que una de las causas de esta resistencia es la aparición de unas mutaciones en concreto, de mutaciones en EGFR. El gran paso que hemos dado es que, si hasta ahora estos pacientes que se volvían resistentes por la aparición

«GRACIAS AL CRIBAJE HA BAJADO LA INCIDENCIA DEL CÁNCER DE COLON CON METÁSTASIS»

«HEMOS TESTADO UN FÁRMACO QUE ES EFICAZ CUANDO EXISTEN MUTACIONES DE RESISTENCIA»

«EL FUTURO PASA POR COMBINAR FÁRMACOS Y EN POTENCIAR LA INMUNOTERAPIA, QUE ES UNA REVOLUCIÓN»

de mutaciones en EGFR no tenían más tratamientos alternativos, ahora hemos testado un nuevo fármaco, el Sym004, que es efectivo cuando existen estas mutaciones de resistencia. Los resultados que tenemos son preclínicos y también hay resultados en un grupo limitado de pacientes, tratados en el Vall d'Hebrón, que es la prueba de concepto que este pequeño grupo de pacientes realmente responde al fármaco. Es un paso preliminar muy, muy, prometedor.

-¿Cuál es el siguiente paso?

-El siguiente paso será poner en marcha un ensayo clínico para incluir y tratar a más pacientes con este fármaco y realmente demostrar su eficacia cuando existen mutaciones de resistencia. Éste sería el último paso antes de su comercialización. El ensayo clínico, que está previsto para finales de año, será un estudio multicéntrico a nivel mundial que incluirá a bastantes pacientes.

-¿Este fármaco curará, frenará la enfermedad...?

-No lo sabemos. El ensayo clínico nos ha de ayudar a tener esta información. Por ahora, sabemos que en pacientes para los cuales ya no teníamos más tratamiento que ofrecer, ahora tenemos una nueva herramienta; hemos ampliado nuestro abanico de tratamientos con un nuevo fármaco. ¿Hasta dónde llegará el beneficio de este fármaco? Está por ver.

-¿Podría aplicarse en el tratamiento de otros tumores?

-Han de ser tumores en los que la vía de EFGR sea importante. Por ahora, no veo aplicación en otros tumores, pero a la larga quizá sí

-¿Por qué es eficaz este fármaco?

Es más potente, se une de manera más fuerte al receptor y es mucho más eficaz. Lo cual también implica que puede tener más efectos secundarios: sobre todo alteraciones en analítica, especialmente en lo que se refiere a los niveles de magnesio, y toxicidad cutánea.

-¿Hacia dónde va la investigación en cáncer colorrectal?

En cuanto a tratamiento quimioterápico ya no hay más novedades y donde se está avanzando sobre todo es en terapias dirigidas, a las que las células acaban adquiriendo resistencia y ahí es donde luchamos en cómo superar esa resistencia. Cuantos más conocimientos sobre la biología del tumor tenemos, más opciones terapéuticas podemos diseñar. Creo que el futuro va por combinar fármacos y luego está el campo de inmunoterapia, que está siendo la revolución en otros tipos de cáncer. En cáncer colon también ha de llegar.