

Charla Dr. López Vega

La Sociedad Española de Oncología Médica informa sobre el cáncer de mama y su manejo. Patrocina la compañía biomédica Pfizer.

Locutor: La edad parece que es un factor de riesgo importante para el cáncer de mama. Es más habitual que aparezca a partir de los 50 años, cuando la mujer habitualmente entra en el período de la menopausia, y no lo es tanto en mujeres jóvenes, aunque también se dan casos. Al parecer, el hecho de tener la menstruación en edades tempranas puede influir en este riesgo en chicas jóvenes.

Damos la bienvenida al doctor José Manuel López Vega, le conocen todos ustedes, oncólogo del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander. Doctor López Vega, muy buenas tardes.

Dr. López-Vega: Buenas tardes.

Locutor: Bienvenido, José Manuel.

Dr. López-Vega: Gracias.

Locutor: Me cuentan que 6 de cada 10 mujeres, 60% posmenopáusicas y con tumor maligno de mama tienen receptores hormonales positivos, lo que las hace candidatas a un tratamiento muy agradecido en la actualidad como es el tratamiento hormonal. Quisiera preguntarle doctor, ¿cuál es el pronóstico de este tipo de cáncer de mama?

Dr. López-Vega: El dato que usted da es en efecto cierto. La mayoría de los tumores que aparecen en la paciente menopáusica, o si no conocemos este dato con precisión, en la paciente por encima de los 50 años, tienen una proteína que llamamos receptor estrogénico. Eso hace que tengan no sólo un mejor pronóstico, ya que en general estos tumores evolucionan intrínsecamente mejor, sino que sean también candidatas al tratamiento al que usted hace referencia. Un tratamiento que se distingue por su elegancia, en el sentido de que afecta selectivamente a los tumores con esa característica, el receptor estrogénico, y es muy bien tolerado.

Locutor: Don José Manuel, ¿qué quiere decir que una persona tiene los receptores hormonales positivos?

Dr. López-Vega: Lo que quiere decir es que en las células del tumor de mama existe una proteína que está especialmente diseñada para que sobre ella actúen los estrógenos, que son las hormonas sexuales femeninas. En esos tumores, el estrógeno ejerce una acción estimulante del crecimiento y de la agresividad tumoral y nosotros podemos interferir en esa acción en este caso negativa del estrógeno mediante un procedimiento terapéutico que llamamos hormonoterapia. Cualquier tratamiento que sea capaz de frenar la unión del estrógeno con el receptor en la célula tumoral, ejerce esta acción beneficiosa y es realmente un tratamiento muy eficaz y muy bien tolerado en estas pacientes.

Locutor: Hasta la fecha, para prevenir recaídas y tratar este cáncer se les daba, doctor López Vega, tamoxifeno, que es el tratamiento, digamos, estándar, para que nos entienda todo el mundo. Parece que en este punto, don José Manuel, hay novedades según las nuevas evidencias corroboradas incluso por el Grupo Español de Investigación del Cáncer de Mama (GEICAM). Quiero preguntarle cuáles son estas novedades.

Dr. López-Vega: El tamoxifeno es el inhibidor de la unión entre el estrógeno y su receptor en la célula tumoral más clásico y tradicional. Es el que hemos estado utilizando durante varios decenios y, realmente, es un fármaco que ha sido muy exitoso porque ha permitido tratar no sólo pacientes con enfermedad tumoral a distancia, lo que llamamos tumores con metástasis, sino también tumores aparentemente localizados en los que el tamoxifeno ha contribuido, junto con la cirugía, ha incrementar la cura-



Sociedad Española
de Oncología Médica



LA VIDA POR DELANTE

ción de las pacientes. Sin embargo, disponemos ahora de un grupo de medicamentos, que globalmente llamamos inhibidores de aromatasa, y tenemos pruebas de que estos fármacos son superiores al tamoxifeno prácticamente en cualquier situación de la enfermedad. Por lo tanto, tenemos una alternativa al tamoxifeno, que era el fármaco que antes utilizábamos casi en exclusiva, o bien para utilizarlos como una opción, independientemente de que la enferma haya recibido o no tamoxifeno, o bien para utilizarlos como rescate en el caso de que la paciente ya hubiera sido tratada con tamoxifeno.

Locutor: ¿Y en qué porcentaje, doctor López Vega, se puede reducir el riesgo de recaída en mujeres posmenopáusicas cambiando el tratamiento hormonal, según un último estudio en el que han participado varios e importantes hospitales españoles?

Dr. López-Vega: Los inhibidores de aromatasa, con respecto al tratamiento clásico con tamoxifeno, se han utilizado de tres formas diferentes. Una forma como alternativa al tamoxifeno, de tal manera que en un grupo del estudio las enfermas recibían tamoxifeno durante cinco años, y en el otro grupo, recibían un inhibidor de la aromatasa alternativo, también durante cinco años. Ha habido otra estrategia en la que los cinco años de tamoxifeno fueron continuados por otra serie de tiempo con un inhibidor de aromatasa. Y ha habido otra estrategia que ha consistido en los cinco años de tratamiento hormonal divididos en dos tandas: la parte inicial con el tamoxifeno convencional y la segunda mitad del tratamiento de cinco años con un inhibidor de aromatasa. Las tres políticas han sido superiores al tamoxifeno tradicional o convencional, pero el trabajo más reciente, en el que han participado hospitales de GEI-CAM, ha sido en la tercera estrategia. Esto consiste en demostrar que una combinación de tamoxifeno seguido de exemestano es superior a un tratamiento exclusivo con tamoxifeno. La diferencia que el tamoxifeno aporta con respecto a no utilizarlo viene a ser en el entorno del 5%, y a esto, el hacer el tratamiento en vez de con tamoxifeno con la secuencia de tamoxifeno y exemestano, le añade aproximadamente otro 5% más de posibilidades de curación.

Locutor: Es decir, son un avance importante los inhibidores de la aromatasa.

Dr. López-Vega: Por supuesto, porque aunque son cifras que a las personas no implicadas en el ámbito médico les parecen exiguas, hablando de una enfermedad muy común, afectan a la larga a un número muy sustancial de pacientes. Además son las diferencias que habitualmente vemos en oncología: diferencias de un 5% entre un tratamiento y otro son, realmente, en oncología muy trascendentes, en particular cuando hablamos de una enfermedad muy frecuente como el cáncer de mama. Son diferencias que podríamos catalogar, aunque suene un poco extraño para la persona no involucrada directamente en estas cuestiones, como diferencias espectaculares. De hecho, cuando se obtienen son rápidamente publicadas en revistas del máximo impacto científico, como ha sido el caso.

Locutor: Y con esta novedad, a mí me cuentan, doctor López Vega, que se ha conseguido un avance en cuanto al menor riesgo de sufrir cáncer de endometrio o episodios de tromboembolismo, que podría haberlo en otras terapias...

Dr. López-Vega: Esto se da en los efectos tradicionalmente conocidos del tratamiento prolongado con tamoxifeno. Éste es un fármaco que a pesar de utilizar un mecanismo, vamos a decir, muy elegante y en principio con poca toxicidad, sin embargo, sí sabíamos que provocaba determinado tipo de problemas en administraciones prolongadas, por ejemplo, de cinco años. Cuando no es necesario prolongar tanto el tratamiento y podemos plantear alternativas de este tipo, de completar el tamoxifeno con el exemestano, resulta que obtenemos de rebote, aparte de una mayor eficacia terapéutica, un menor riesgo de acontecimientos negativos sobre la matriz (lo que los médicos llamamos endometrio) y sobre otras esferas, por ejemplo, el riesgo de fenómenos de embolia venosa. Todos estos son realmente hallazgos muy relevantes en este grupo de pacientes porque, aunque son efectos poco comunes, estamos hablando, insisto, de una enfermedad muy común.

Locutor: Muy común y de la cual se pueden beneficiar, evidentemente, muchas mujeres, con estos nuevos tratamientos. Porcentajes elevados.

Dr. López-Vega: Sí, una de las grandes ventajas, de hecho, de este tipo de tratamientos es la práctica universalidad del avance para las pacientes con un cáncer de mama. Todas aquellas que tienen receptor de estrógeno positivo, que como dijo antes usted muy bien son 6 o más de cada 10 enfermas menopáusicas, se pueden beneficiar de una manera inmediata de estos avances. Es decir, no hay mucha razón, una vez que se demuestra la ventaja de una nueva alternativa, como en este caso, para no implementarla en la práctica clínica cotidiana. De hecho, lo estamos haciendo ya. Normalmente, en ese sentido, son trabajos muy agradecidos porque permiten modificar a muy corto plazo el tratamiento convencional y las expectativas de curación de una manera rápida, sin tener que aguardar una gran cantidad de años para incorporarlos a la práctica cotidiana.

Locutor: Avances, avances oncológicos que nos encanta contarle aquí a la audiencia de "Salud y calidad de vida" de la mano del doctor José Manuel López Vega, oncólogo del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander. Don José Manuel, un fuerte abrazo y muchísimas gracias.

Dr. López-Vega: Igualmente, gracias a usted. Adiós.

Locutor: Un placer, muy buenas tardes.

La mujer con cáncer de mama: prevención y tratamiento. Informa la Sociedad Española de Oncología Médica, sociedad científica, activa y comprometida en informar y formar en oncología. Patrocina la compañía biomédica Pfizer.