

JAVIER DE CASTRO CARPEÑO JEFE DE ONCOLOGÍA DE LA PAZ Y DIRECTOR DE INNOVACIÓN DEL INSTITUTO IDIPAZ

# «Hay que ponerle apellidos al cáncer»

*El oncólogo ve en el estudio molecular y las terapias dirigidas una alternativa para los llamados tumores agnósticos*

R. DOMÍNGUEZ  
A CORUÑA / LA VOZ

El doctor Javier de Castro Carpeño (Madrid, 1966) es jefe de Oncología Médica de La Paz y, además, director de innovación del Instituto de Investigación del centro madrileño (IdiPAZ). Recientemente participó en una jornada en el Chuac de A Coruña sobre los avances para tratar los denominados tumores agnósticos, altamente complejos desde el punto de vista biológico y que, independientemente de su lugar de origen, comparten las mismas alteraciones moleculares y podrían tratarse con la misma terapia «pantumoral».

—**¿El cáncer es una enfermedad genética?**

—Cuando decimos que es una enfermedad genética es porque se produce por una alteración en el nacimiento, control y desarrollo de las células. Puede ser una alteración de muchos tipos, por intercambio de material genético, por fusiones, ambiental... En cualquier caso, provoca que las células crezcan sin control. Pierden todo su equilibrio y tienen la capacidad de ser independientes y dar lugar a los tumores.

—**¿Y a qué se deben esas alteraciones genéticas?**

—En algunos cánceres pueden ser debidas a tóxicos, como el tabaco en el de pulmón, pero en otros no sabemos por qué se producen. En los años 80 se descubrieron los oncogenes y ahora, como resultado de aquellas investigaciones, estamos empezando a identificar cómo aparecen esas alteraciones en unos tumores y no en otros. Nos permite hablar de un cambio visto no



El médico e investigador ofreció una conferencia en el Hospital Universitario A Coruña. MARCOS MÍGUEZ

solo al microscopio. Siempre digo que hay que ponerle apellidos al cáncer... no hay dos cánceres iguales, no hay un cáncer general de un determinado órgano o tejido, sino diferentes tipos independientemente del lugar al que afecten con una misma alteración. Hemos empezado a ver distintas y se trata de identificar a quien las tiene. Con su estudio entramos en la medicina personalizada.

—**¿Usted estudia la fusión de genes NTRK? ¿Qué es?**

—Bueno, dentro del aluvión de alteraciones genéticas, que cada vez se identifican más, está la fusión de genes NTRK. Conduce a la producción de proteínas anormales que hacen que las células cancerosas se multipliquen. Están sobre todo involucrados en el desarrollo del sistema nervioso en la etapa embrionaria y fetal. Pueden estar detrás de muchos tumores infantiles y también existen en algunos de adultos, en el 1 % de los de pulmón y colon. Si somos capaces de identificar estas alteraciones, tene-

mos fármacos para poder bloquear esas células que crecen mediadas por esa fusión de genes, de forma que podemos controlar mucho mejor la enfermedad que con otros tratamientos no selectivos como la quimioterapia convencional. Son las terapias dirigidas.

—**¿Y la dificultad está en...?**

—El gran reto con los NTRK, al igual que con otras dianas terapéuticas, es que hay que hacer estudios moleculares de los tumores y la tecnología de secuenciación genética no está todavía desarrollada en los hospitales. Si no se identifican en los enfermos, no hay tratamiento personalizado.

—**A pesar de que el fármaco para frenarlo ya existe.**

*«No hay un cáncer general de pulmón o mama. Hay distintos tipos en diferente lugares con la misma alteración genética»*

—Bueno, estos tratamientos están todavía en ensayo clínico, pero en el caso de España ya es posible, a través de esta vía del ensayo, tratar a pacientes. Se espera que en el futuro, una vez confirmada la eficacia, aparezcan ya financiados por el sistema público.

—**¿Y por qué es tan complicado contar con la técnica de identificación de esas alteraciones?**

—Es complicado porque antes la identificación de la alteración genética era solo en un cáncer, de pulmón, mama... pero ahora vemos que aparecen en tumores infantiles muy frecuentes y en otros de adultos. No estamos hablando de una alteración asociada a un tipo de cáncer, sino a muchos. Son los que llamamos tumores agnósticos.

—**Diferentes, pero con una terapia común.**

—Sí, son fármacos que valen para diferentes tumores, porque es una terapia dirigida que bloquea la proteína que hace que estos genes sobreproduzcan y den lugar al crecimiento de células tumorales.

«El gran reto es la tecnología para poder identificar a los pacientes»

De Castro ve cada vez más cerca la medicina personalizada contra el cáncer.

—**¿A quién están administrando estas terapias dirigidas?**

—En España hay dos fármacos en ensayo para cáncer infantil y adulto. El problema está en identificar a los pacientes. Es muy complejo, porque en pulmón o colon la mutación aparece en el 0,5-1 %: hay que buscar en más de cien para encontrarla en uno. Se necesitan estudios de secuenciación genética. Hay que incorporarla al sistema. Sin técnicas diagnósticas sofisticadas, no llegamos a dar con los pacientes.

—**¿Dónde está disponible?**

—Hay unos pocos centros públicos y también plataformas comerciales que lo ofrecen. A corto plazo no estará para todos los pacientes, pero sí para aquellos que se estime indicado. En La Paz estamos tratando algunos a través de proyectos de investigación.

—**¿Con qué resultados?**

—En las alteraciones NTRK la capacidad de respuesta de los tumores a estos tratamientos es muy alta, puede llegar al 80 % y con un control de la enfermedad a largo plazo durante años. Las expectativas se amplían mucho.

—**¿Cuánto habrá que esperar para una terapia generalizada?**

—Hay dos fármacos pendientes de aprobación por la Agencia Europea del Medicamento. Creo que a principios del año que viene llegarán a nuestro sistema.

—**Toda una esperanza para el cáncer infantil.**

—¡Y para los adultos! Aunque la alteración en los mayores es poco frecuente, hay mucho más cáncer que en los niños. En España tenemos mil casos infantiles al año, y en adultos son 30.000. Por eso si tú apellidas el cáncer e identificas a ese 1 % de tumores pulmonares que tienen esa alteración genética, puedes mejorar el pronóstico para un grupo amplio.

## Eliminar el consumo de tabaco reduciría el 30 % de los tumores y supondría un ahorro de 5.700 millones anuales

A. TORICES MADRID / COLPISA

La Asociación Española Contra el Cáncer (defiende que la solución más efectiva para reducir el enorme coste económico y social del cáncer es la profundización en prevención. El documento calcula que extender a la mayoría de la población unos estilos de vida saludables y consolidar los principales programas de detección precoz podrían evitar entre el 30% y

el 50% de los tumores, lo que evitaría en España unas 55.000 muertes anuales y rebajaría los costes de la enfermedad en unos 9.000 millones, a casi la mitad. Minimizar los tres principales factores de riesgo evitaría un 41 % de los tumores. Solo eliminar el consumo de tabaco, responsable del 30% de los cánceres, supondría un ahorro de 5.700 millones anuales. Reducir de forma sustancial el consu-

mo de alcohol evitaría el 7 % de los cánceres y acabar con la obesidad, el 4 %. En total, un ahorro cada ejercicio de 7.770 millones.

En España hay implantados tres programas de detección precoz de tumores. Muy consolidado el de mamografías; desarrollado ya en casi todas las autonomías el cribado de cáncer colorrectal; y también muy extendidas las pruebas para el de cérvix. Los diagnósti-

cos tempranos disparan las posibilidades de curación, pero además reducen gastos. La diferencia de coste entre tratar un cáncer de mama en estado inicial a uno metastásico se multiplica por cuatro en el caso del segundo y por tres si hablamos de un tumor colorrectal en situación avanzada. El estudio calcula que una buena política de cribados preventivos ahorraría unos 1.000 millones anuales.

### PREVENCIÓN

La AECC pide cribados de pulmón

La AECC pide que se haga cumplir la ley antitabaco en todos sus extremos. Y exige extender los cribados de mama, colon y cérvix al 100 % de la población en edades y situaciones de riesgo. Solicita también que se analice la fórmula más adecuada para implantar un programa de escáneres preventivos a fumadores o exfumadores.