

LUIS MADERO, JEFE DEL SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO DEL HOSPITAL INFANTIL NIÑO JESÚS (MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS, COM MADRID, Nº COLEGIADO: 282825632)

LA POSIBILIDAD DE PODER TRATAR A PACIENTES DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA EN ENSAYOS ES MUY POSITIVA



Oncohematología Pediátrica y Trasplante Hematopoyético del Hospital Infantil Niño Jesús (Madrid) atiende a unos 150 niños enfermos de nuevo diagnóstico cada año. Luis Madero, jefe del Servicio, explica que han ido diferenciando distintas áreas asistenciales dentro de la oncología, como ha sucedido con la oncología del adulto.



Hay médicos que se dedican al cáncer de mama, al cáncer digestivo o a los sarcomas, entre otras patologías oncológicas. *“Los oncólogos pediatras hemos ido de alguna manera mimetizando este desarrollo y aquí hay médicos que se dedican a los trasplantes hematopoyéticos, a los tumores cerebrales, que es una de las patologías más frecuentes, a las leucemias y a su aplicación más novedosa en los últimos años, que es la terapia CAR-T. Hay otros médicos que se dedican a otros tumores sólidos, otros a la adolescencia y otros a los largos supervivientes. Es decir, hemos ido abriendo las áreas asistenciales más relevantes y ha habido médicos que se han ido dedicando específicamente a estas áreas asistenciales”,* comenta **Luis Madero**, jefe del Servicio de Oncohematología Pediátrica y Trasplante Hematopoyético del Hospital Infantil Niño Jesús (Madrid).

Añade que otra parte muy importante para ellos es el área de investigación. Sostiene que, dentro de la investigación pediátrica, tienen *“un desarrollo más que aceptable, basado sobre todo en las terapias avanzadas”*. Disponen de una sala blanca y eso les ha permitido investigar fundamentalmente en el área de terapia celular.

En el Servicio, son más de 40 médicos de diferentes actividades. De plantilla, hay once médicos y hay casi el doble haciendo allí un fellowship, que consiste esencialmente en un período de capacitación o entrenamiento supervisado. *“Si un oncólogo médico tiene una formación sólida y completa para dedicarse al cáncer de cuatro años, no se puede entender que los oncólogos pediatras sólo con un año durante la residencia posean una formación adecuada. Es completamente insuficiente”,* señala. Desde hace tiempo, en este Servicio llevan a cabo un desarrollo de la especialidad en oncología pediátrica para todos los médicos que son pediatras y que han efectuado ya un año de oncología durante su residencia, para completar tres años de oncología pediátrica.

Ésta *“es una especialidad que se ha ido desarrollando desde los años 60. En nuestro país, desde el punto de vista de formación, está en un nivel aceptable”,* considera. Madero también dirige el Máster Universitario en Avances en Oncología y Hematología Pediátricas de UNIR, la Universidad en Internet. Muchos médicos, incluso de los grandes hospitales que más enfermos

“Es un poco preocupante que la medicina personalizada que se utiliza tanto en adultos no se pueda aplicar en pediatría”



La pandemia ha respetado a los niños con cáncer

Con el coronavirus, ¿qué cambios han tenido que llevar a cabo? Luis Madero contesta que han sido menores en el sentido de que la pandemia ha “respetado” a los niños con cáncer, aunque se les consideró una población de alto riesgo de infección por Covid-19. En la revista *Pediatric Blood and Cancer*, publicó los resultados de un estudio que hicieron denominado Infección por Covid-19 en niños y adolescentes con cáncer en Madrid. De acuerdo con sus palabras, es uno de los artículos más referidos del año pasado. Los pacientes oncológicos pediátricos infectados por Covid-19 tuvieron una evolución favorable. Todos presentaron enfermedad asintomática o leve a moderada. Comprobaron que *“a los niños con cáncer no les pasaba afortunadamente nada, aunque tuvieran Covid-19”*. En lo que más ha podido afectar es a nivel psicológico, porque se han sentido más solos, al limitarse en el hospital el número de acompañantes. En ese sentido, *“el Covid-19 no ha sido tanto de enfermedades, sino de aislamiento para estos pacientes”,* que a lo mejor han estado con su padre o con su madre exclusivamente.

Relativamente aislados

Respecto a la comunicación entre oncólogos médicos y oncólogos pediatras, Luis Madero plantea que siguen “relativamente aislados”. *“Estamos empezando a hacer un esfuerzo con especialistas médicos y es probable que pongamos en marcha un CSUR, un centro de referencia nacional para sarcoma, en todas las épocas de la vida, desde que se nace hasta que se muere. Para ello, estamos coordinándonos con el Hospital Clínico San Carlos”,* anuncia. Desea que la transición de largos supervivientes puedan hacerla a lugares donde ya tengan experiencia de largos supervivientes. El riesgo cardiovascular ya está bastante encaminado. *“Como la cifra de riesgo cardiovascular de una persona va aumentando con la edad, es obvio que tienen que estar en servicios de cardiología que tengan interés por el riesgo cardiovascular. Uno de ellos es el Gregorio Marañón”,* informa. Van a desarrollar una unidad de transición de niños con cáncer a adultos. No para el seguimiento agudo, que eso lo pueden hacer con los cardiólogos del Niño Jesús, sino el seguimiento a largo plazo, *“que una persona cuando tenga 30 años vaya a un lugar donde los cardiólogos sí que tengan perfectamente conocido que tuvo tratamiento con antraciclinas y radiación y que eso le va a condicionar una patología que conlleva un riesgo cardiovascular”.*

atienden, que son, además del Niño Jesús, el Vall d'Hebron y San Juan de Dios (Barcelona) y La Fe (Valencia), quieren ir a su Servicio para adquirir mejor formación.

Realizan unos 80 ensayos que cubren prácticamente todas las posibilidades pediátricas. La gran mayoría no son nacionales, sino internacionales, por lo que reclutar pacientes tiene cierta dificultad. Están dirigidos a patologías altamente infrecuentes, muy poco prevalentes. Varios de sus ensayos están relacionados con la inmunoterapia. Puntualiza que *“hay que entender que los ensayos deben tener unas condiciones de inclusión”.* Estas condiciones de inclusión básicamente son que hayan tenido alguna problemática en su terapéutica. En los últimos años, *“ha mejorado el sistema de reclutamiento y los médicos ofrecen a la familia la posibilidad de que sean tratados en ensayos, lo que es altamente positivo, igual que ocurre en oncología médica”.*

Una supervivencia del 80%

Abordamos las tasas de supervivencia. En otra entrevista anterior, en abril de 2017, nos informó de que había un 80% de éxito y un 20% de fracaso. *“Hay un impasse desde hace unos años, desde principios casi del siglo 21, en este porcentaje de alrededor del 80% de supervivencia. No ha habido nuevos tratamientos, salvo*

la terapia CAR-T, que está limitada a un número muy pequeño de niños con leucemia. No se han dado nuevas aportaciones, ni terapéuticas ni diagnósticas. Es un poco preocupante que la medicina personalizada que se utiliza tanto en adultos no se pueda aplicar, no tenga una correlación absoluta, en pediatría”, lamenta. Aclara que hay muchos factores por lo que sucede. Uno es que el infantil es *“un cáncer en personas en desarrollo que tiene una carga mutacional mucho más pequeña que la del cáncer de adultos”.* Por tanto, hay más drogas específicas de esta medicina personalizada desarrolladas para adultos que para niños.

Ejemplo de ello es la inmunoterapia, para la que se han aprobado bastantes fármacos desde 2010. Si bien, *“ninguno es específico para pediatría”.* Madero destaca que se han desarrollado pruebas con melanoma, igual que en adultos, y que se han hecho pruebas en tumores sólidos. *“El único que ha demostrado mejores resultados ha sido en linfoma Hodgkin. Sí que hay una experiencia más favorable en este linfoma con inmunoterapia”,* afirma. Probablemente, la carga mutacional y los linfocitos infiltrantes del tumor sean algún limitante para que tengan menos efectividad.

“Dentro de la investigación pediátrica, tenemos un desarrollo más que aceptable, basado sobre todo en las terapias avanzadas”

La patología más frecuente en oncohematología pediátrica es la leucemia linfoblástica. *“De esta enfermedad, sabemos casi todo”: “Hay diferentes autores que apuntan que se nace con una leucemia a nivel prenatal. Tú ya la tienes establecida. Si pinchamos a recién nacidos para ver algunos de los genes que se relacionan con la leucemia más frecuente, vemos que sus genes están expresados mucho más frecuentemente que luego los niños que la desarrollan. Es porque se necesita un segundo hito. No sólo es que tenga un primer evento genético que ha heredado de su familia o que se ha producido durante el desarrollo, sino que se necesita una segunda transformación de ese evento neoplásico que algunos autores consideran que es un evento infeccioso”.*

Actualmente, en el Niño Jesús, a todos los enfermos que diagnostican cáncer les hacen un estudio genético y molecular. *“Vamos encontrando alteraciones que muchas veces no son relevantes porque no les podemos ofrecer un tratamiento diferente de lo que ya tenemos, porque muchas veces la supervivencia es buena. Sí que vamos adquiriendo cada vez más conocimientos y podemos ver niños con determinada predisposición a padecer cáncer porque poseen determinadas alteraciones génicas que ya conoces muchos años antes”,* subraya. El Servicio cuenta con una consulta de cáncer hereditario en el que siguen y estudian genéticamente a los familiares de los niños que tienen un cáncer con mecanismo de transmisión cromosómica. +