

## “EL FUTURO DE LA ONCOLOGÍA ES LA PERSONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO”

La supervivencia en el cáncer de mama está aumentando gracias a los programas de cribado, a que las cirugías cada vez son mejores y a que los tratamientos sistémicos y la radioterapia también lo son. El futuro de la radioterapia en esta enfermedad pasa por disminuir las sesiones sin perder eficacia.



El primer tipo de cáncer entre las mujeres, el más incidente y el más prevalente, al menos en las sociedades más desarrolladas, es el de mama. Además de los factores genéticos que condicionan el desarrollo del cáncer, parece ser que hay un factor ambiental, y también factores raciales que influyen (la raza negra predispone ligeramente al cáncer de mama).

Hablamos con el Dr. **Manuel Ignacio Algara López**, coordinador del grupo de mama de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) y jefe del servicio de Oncología Radioterápica del Hospital de la Esperanza de Barcelona, quien considera que en los últimos quince años “estamos viviendo, si no una revolución, una buena evolución, porque se está consiguiendo aumentar la super-

vivencia en el cáncer de mama, gracias a que los tratamientos son mejores. Diagnosticamos muchas, pero también curamos a muchas mujeres. Probablemente si nos centramos en las de mejor pronóstico, que son la gran mayoría, a un 95% de ellas las podremos curar. Y si nos centramos en un grupo más general, estamos hablando de entre un 75% y un 85%. Es decir, los resultados son buenos en cáncer de mama pero no por eso hay que bajar la guardia. Hay que estar encima, tenemos que seguir investigando, y tenemos que intentar acercarnos más al 100%, aunque eso cada vez es más complicado”. La edad de debut del cáncer de mama es a partir de los 50 años, tiene un pico alrededor de los 60, y a partir de los 65 empieza a descender. Es un cáncer de mediana edad. “Por eso todos los

esfuerzos que se hagan por intentar curarlo siempre tienen impacto en la supervivencia, porque una persona de 50 años actualmente tiene una esperanza de vida de cerca de 40”.

### Futuro e investigación

En opinión de Algara, resulta totalmente necesario personalizar el tratamiento, individualizarlo, hacer un tratamiento más a medida de las pacientes, beneficiándolas. *“Hasta hace unos cinco o seis años a todas las pacientes las irradiábamos igual, a todas las hacíamos 25 sesiones y luego un complemento en el lecho tumoral. Desde hace unos 5 ó 6 años, a raíz de los resultados de los grupos canadienses y británicos, se ha visto que se puede acortar; si de las siete semanas que tienen que venir a hacer radioterapia lo podemos reducir a 3 ó 4 semanas, supone un gran beneficio para las pacientes. E incluso, seleccionando muy bien a las pacientes, esas tres o cuatro semanas las podemos convertir en una. El futuro de la oncología es la personalización del tratamiento”.*

De este modo, el futuro del tratamiento pasa por disminuir el número de sesiones sin perder la eficacia, y esto se logra porque al disminuir el número se aumenta la dosis en cada sesión, consiguiendo la misma eficacia, aunque eso dependerá de determinados factores como el tamaño de la mama, su estado o la edad de la paciente.

En esa misma línea, la investigación en oncología radioterápica se dirige sobre todo a conseguir unas máquinas que cada vez sean más seguras, más perfectas, y que consigan depositar la dosis en el mínimo tiempo posible. Tal y como lo describe el coordinador, *“una sesión de radioterapia viene a durar diez minutos, radiando unos tres minutos; si queremos ser tan precisos necesitamos que el paciente se mueva lo mínimo posible. En tres minutos todo el mundo se mueve, porque todos respiramos, y porque nuestro corazón late y porque nuestros intestinos se mueven, y hay movimientos que los podemos controlar, porque tenemos máquinas ya sincronizadas con el movimiento respiratorio, pero con el movimiento cardiaco es complicado. Si esos tres minutos los convertimos en dos, habremos ganado precisión”.*

Por otro lado, necesitan muchos controles de calidad para saber exactamente lo que están irradiando, es decir, que las máquinas lleven incorporados sistemas de imagen para comprobar que lo que quieren irradiar sea exacto. Con todo eso, se conseguirá probablemente aumentar la dosis por fracción, y que las siete semanas que dura típicamente el tratamiento, se conviertan en dos o tres semanas. *“Y no solo para el cáncer de mama, sino para muchos tipos de cáncer, con lo que seguro que aumentaremos la calidad de vida de nuestros pacientes”* afirma Algara.

### Curativa y paliativa

La radioterapia en el cáncer de mama se administra de forma curativa en aquellas pacientes en las que el objetivo es curarlas, es decir en aquellas a las que el cirujano le ha extirpado el tumor y ha dejado el resto de parénquima mamario. En este caso, tal y como explica Algara, *“nosotros lo que hacemos es completar de alguna manera la cirugía que ha hecho el cirujano. En otros casos un poco más avanzados, en las pacientes en las que desgraciadamente no hemos llegado tan a tiempo y el cirujano se ha visto obligado a*

***“Si nos centramos en las de mejor pronóstico, que son la gran mayoría, a un 95% de las pacientes las podremos curar”***

**MANUEL IGNACIO ALGARA**

*hacer una mastectomía, porque había ganglios invadidos, entonces tenemos que hacer la irradiación de esa pared torácica y de los ganglios, y en estas dos opciones sería realmente curativo. Nuestro objetivo es curar a la paciente y lo vamos a conseguir, en un 80-95% de los casos”.*

Desgraciadamente, hay otro porcentaje de pacientes, bien porque se les diagnosticó hace tiempo un cáncer de mama y ha ido evolucionando, o porque de entrada ya aparecen con metástasis en el cerebro o en los huesos, que *“pueden necesitar un tratamiento paliativo, tanto a nivel cerebral, para irradiar las metástasis cerebrales y que la paciente mantenga una buena calidad de vida, o porque tenga metástasis óseas y le produzcan dolor, la radioterapia le sirve para controlar ese dolor. En esos casos nuestro objetivo no es curar a la paciente, sino que simplemente es paliarla y mejorar su calidad de vida. También tenemos, aunque de momento es un porcentaje muy pequeño de pacientes, aquellas a las que se llama oligometastásicas, que tienen muy pocas metástasis, en estos casos a veces también se hace un planteamiento curativo. Se aplican técnicas muy sofisticadas de radioterapia, lo que se llama radiocirugía, que consiste en administrar mucha dosis en un volumen muy pequeño”.*

En lo que a cáncer de mama se refiere, la combinación de cirugía menor o tumorectomía y radioterapia ha desterrado a la mastectomía. El tratamiento indicado hoy en día para un tumor pequeño es lo que se llama el tratamiento conservador: tumorectomía y radioterapia. *“Incluso en tumores más grandes, estamos haciendo tratamiento sistémico primero, es decir quimioterapia o tratamientos anti-diana, u hormonas, con la idea de disminuir el tumor, y a ver si así se pueden repescar y hacer un tratamiento conservador. Cualquier mujer, tenga la edad que tenga, quiere conservar su mama”,* concluye Algara. +

El **Dr. Manuel Ignacio Algara** es jefe del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital de la Esperanza del Parc de Salut Mar de Barcelona, el servicio tiene dos secciones medicina y radiofísica, las dos están coordinadas por un jefe de sección y en la sección de medicina trabajan 4 médicos adjuntos, y en la de física 2 físicos adjuntos. En el servicio trabajan, además, 2 enfermeras, 15 técnicos de radioterapia y tres administrativas. Disponen de 2 aceleradores lineales que trabajan ininterrumpidamente de 8 de la mañana a las 9,30 de la tarde y una unidad de braquiterapia que trabaja en turno de mañana. En un año se realizan unos 1.100 tratamientos de radioterapia externa y 100 de braquiterapia.