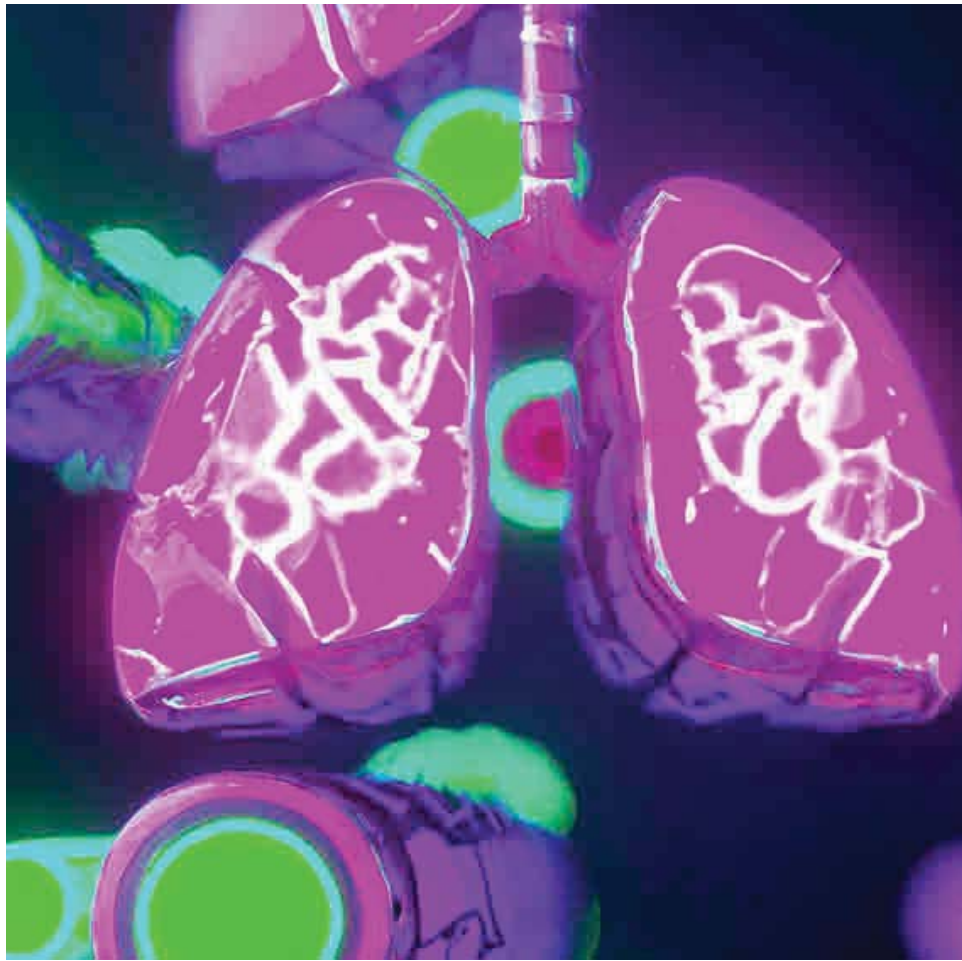




1 Marzo, 2023



MEJOR CRIBADO, CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

El cáncer de pulmón no presenta síntomas hasta la fase avanzada, en la que se diagnostica al 75% de los pacientes. Detectándolo antes se podrían aplicar todos los tratamientos disponibles con intención curativa

TEXTO JAVIER GRANDA REVILLA
ILUSTRACIÓN SHUTTERSTOCK IA

EL DIAGNÓSTICO EN LA FASE LOCALIZADA continúa siendo uno de los grandes retos en el manejo del cáncer de pulmón, el tumor de mayor mortalidad. "Diagnosticando antes, podríamos aplicar todos los tratamientos a nuestra disposición que busquen una intención curativa. Eso lo podemos hacer en la actualidad en menos de un 25% de los casos", señala Juan Carlos Trujillo, jefe clínico de Cirugía Torácica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona, y coordinador del proyecto *Cassandra* para el cri-

bado del cáncer de pulmón.

El 75% restante de los casos se diagnostican en una fase avanzada o localmente avanzada. Como señala, "han evolucionado mucho las técnicas, pero el tratamiento no ofrece una garantía de curación de la enfermedad, aunque sí aumenta la supervivencia. La mayor mortalidad, probablemente, está ligada al diagnóstico tardío". Los motivos de este retraso diagnóstico son que este tipo de tumores no dan síntomas hasta fases avanzadas de la enfermedad.

Según su criterio, el pro-

grama de cribado ideal es aquel que diagnostica el mayor número de enfermos en una fase inicial de la enfermedad con la menor tasa de falsos positivos y negativos, "con la sensibilidad y la especificidad a la par".

Alrededor del 85% de los casos están vinculados al consumo de tabaco. Por ello, Trujillo subraya que la prevención primaria, además del diagnóstico precoz, debe centrarse "en campañas de deshabituación tabáquica que funcionen. Contamos con dos leyes contra el tabaco que no han tenido éxito". Respecto al 15% de los pacientes diagnosticados que no fuman, considera que son "un reto terapéutico y diagnóstico: presentan cánceres de pulmón con unas características biomoleculares diferentes al resto de tumores".

Tanto Trujillo como Fernando López-Ríos, jefe de la Sección de Patología Molecular en el Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid, han participado en el proyecto *Visionarios en cáncer de pulmón*, una iniciativa cuyo objetivo es actuar con urgencia para la prevención y diagnóstico

precoz del cáncer de pulmón. El informe ha contado con la colaboración de más de una docena de personalidades de distintos ámbitos cuyas recomendaciones van encaminadas a un mejor conocimiento y detección de la enfermedad.

Para López-Ríos, los biomarcadores juegan un papel crucial en este ámbito. "Tenemos que lograr que todos los pacientes con cáncer de pulmón que se operan en estadios más iniciales tengan una notación exhaustiva de biomarcadores potencialmente predictivos", expone.

SECUENCIACIÓN MASIVA.

En opinión de López-Ríos, "la única manera de lograrlo es haciendo secuenciación masiva, algo que no es complicado, pero que implica un cambio de paradigma: habría que hacer estas pruebas en todos los pacientes según son diagnosticados y de forma refleja, algo que hacemos en la actualidad solo en los pacientes más avanzados. En este momento, ya hay evidencia científica de que hay que estudiar algunos de estos biomarcadores, como el

EL 75% DE LOS CASOS SE DIAGNOSTICA EN FASE AVANZADA, EN LA QUE EL TRATAMIENTO NO OFRECE UNA GARANTÍA DE CURACIÓN

LA MAYOR MORTALIDAD PROBABLEMENTE SE ASOCIA AL DIAGNÓSTICO TARDÍO PORQUE ESTOS TUMORES NO DAN SÍNTOMAS HASTA LAS FASES AVANZADAS

EL 85% DE LOS CASOS SE VINCULAN AL CONSUMO DE TABACO. LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEBE CENTRARSE EN CAMPAÑAS DE DESHABITUACIÓN

UN PORCENTAJE IMPORTANTE DE PACIENTES EN ESTADIOS INICIALES, QUE PUEDE LLEGAR HASTA EL 30%, ACABA RECIDIVANDO

CADA PAÍS DEBE BUSCAR SU PLAN DE CRIBADO, YA QUE LAS TASAS DE FUMADORES Y LOS FACTORES DE RIESGO, COMO EL RADÓN, NO SON HOMOGÉNEOS

EFGR -con técnicas de PCR o con secuenciación masiva- y el PDL1, por inmunohistoquímica. En un futuro próximo, será necesario estudiar cada vez más".

"Puede argumentarse si deben hacerse estas pruebas pese a que el paciente no necesita esta información. Pero debe tenerse en cuenta que un porcentaje importante de pacientes en estadios iniciales -que puede llegar al 30% según las series- acaba recidiando. Por eso es mejor contar con esa información, ya que te permite planificar futuras opciones", señala.

Otro aspecto que considera relevante es el argumento pronóstico, "ya que sabemos que muchas de estas alteraciones confieren un peor pronóstico. Además, cuantas más secuenciaciones masivas se hagan, más baratas y más rápidas van a ser. Puede ser paradójico, pero de alguna manera los pacientes en estadios iniciales podrían estar ayudando a que los pacientes en estadios avanzados tuvieran sus resultados más rápidamente y de un modo más eficiente", resume.

MODELO BRITÁNICO. En cuanto a modelos de éxito en este campo, López-Ríos destaca los casos del Reino Unido, Francia, algunas regiones de Alemania y algunos grandes centros estadounidenses. "En España, en algunas regiones, también está empezando a ser una realidad", recuerda.

Trujillo coincide en el modelo británico de diagnóstico precoz como "el principal espejo donde mirarnos". Recuerda que el citado país ha iniciado una campaña con un estudio piloto en el que se han invertido casi 80 millones de euros. "Están obteniendo unas tasas de adherencia de la población en riesgo muy importantes, con resultados de mejora de la supervivencia al cáncer". También considera relevantes los casos de Polonia, Bélgica, República Checa y Países Bajos.

"Cada país debe buscar su programa de cribado, porque las tasas de fumadores no son homogéneas. Y hay que añadir los factores de riesgo presentes en cada comunidad autónoma, como el radón o el contacto con asbesto. Eso es lo que estamos intentando hacer con el programa *Cassandra*, que presentaremos en abril con 35 centros involucrados", concluye.