



El doctor Javier Briones, el 5 de marzo en el Hospital de Sant Pau, en Barcelona. / MASSIMILIANO MINOCCHI

JAVIER BRIONES Médico especialista en tratamientos contra el cáncer

“Los hospitales públicos podemos hacer terapias tan eficaces como la industria”

ORIOL GÜELL, Barcelona
Los CAR-T constituyen una de las páginas más brillantes de la medicina de la última década. Estas terapias, consistentes en reprogramar en el laboratorio linfocitos T del paciente para que una vez devueltos al organismo eliminen células cancerosas, han obtenido resultados espectaculares frente a varios tipos de cáncer (leucemias, linfomas y mielomas). Más de la mitad de los pacientes tratados —personas con muy mal pronóstico porque en ellas habían fracasado

los tratamientos— han logrado una remisión completa de la enfermedad.

Dos hospitales públicos españoles han protagonizado capítulos clave en el desarrollo de estas terapias. El Clínic de Barcelona logró hace dos años la aprobación del primer CAR-T público o académico. Un tratamiento cuyo precio, unos 90.000 euros por paciente, supone una cuarta parte de lo que cuestan estas terapias comercializadas por la industria farmacéutica. El Hospital de Sant Pau,

también en la capital catalana, ha desarrollado por su parte el primer CAR-T eficaz frente al linfoma de Hodgkin (HSP-CAR30), único en Europa. Javier Briones (Pontevedra, 56 años), jefe de Investigación en Inmunoterapia Celular y Terapia Génica del centro sanitario, considera que los hospitales públicos deben dar un paso más. “Estamos en disposición de desarrollar CAR-T tan novedosos y eficaces como la industria. Hacerlos más baratos está muy bien, puede ayudar a la sostenibilidad

del sistema. Pero nuestro mayor éxito como científicos y sistema sanitario es crear un nuevo tratamiento para pacientes que no tienen ninguna alternativa terapéutica. Y estamos en disposición de hacerlo”, sentencia.

Pregunta. Su equipo ha desarrollado el primer CAR-T frente al linfoma de Hodgkin. ¿Qué les impulsó a hacerlo?

Respuesta. La mayoría de los pacientes con linfoma de Hodgkin se curan, pero hay un 20% o 30% que no responden a los tratamientos disponibles. Son personas, en general, muy jóvenes, de unos 30 a 40 años, con un pronóstico muy malo. Había, pues, una necesidad no cubierta y queríamos desarrollar un tratamiento.

P. Ya había muchas líneas de investigación abiertas en el mundo para desarrollar estas terapias. La mayoría eran CAR-T19 [el número expresa la molécula de la célula cancerosa contra la que va dirigida el tratamiento], pero ustedes insistieron en desarrollar un CAR-T30, que es más propio del linfoma de Hodgkin. ¿No hubiera sido más fácil seguir la senda por la que iban todos?

R. Nuestra decisión fue apostar por otras opciones innovadoras. Nosotros también habíamos empezado a trabajar con un CAR-T19, además del 30. Tuviéramos que elegir porque no teníamos capacidad de sacar adelante los dos. Del 19 había muchos grupos de investigación de dos o tres empresas farmacéuticas en marcha. Del 30, en cambio, no había casi nada.

P. Dado el elevado precio impuesto por las farmacéuticas en sus CAR-T, ¿cree que es importante desarrollar nuevos CAR-T académicos más económicos?

R. Es importante, sin duda. Pero me parece prioritario, desde el punto de vista clínico y científico ofrecer al paciente una necesidad no cubierta. El CAR-T académico tiene que responder a una necesidad médica. Es lo que da sentido a todo lo demás: a la apuesta científica, al esfuerzo realizado...

P. ¿En qué punto está su CAR-T30 frente al linfoma de Hodgkin?

R. Estamos completando la fase II. Hemos tratado ya a 25 pacientes y queremos llegar a 30. En la fase I, la mitad de los enfermos están libres de la enfermedad. Eran pacientes que habían

“Respondemos a una necesidad médica y damos sentido a la apuesta científica”

“La mitad de los enfermos tratados están libres de la enfermedad”

recibido seis, siete u ocho tratamientos previos, todas las quimioterapias convencionales y al menos dos de inmunoterapia. Y, pese a ello, no habían respondido y tenían muy mal pronóstico. Hay pacientes que llevan dos años libres de la enfermedad. Y ninguno ha fallecido a consecuencia del tratamiento.

P. Han anunciado un acuerdo con el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla para impulsarlo como tratamiento de tres tipos de linfomas no Hodgkin (linfoma B difuso de célula grande, linfoma folicular y linfoma de células). ¿Por qué?

R. Porque pensamos que podemos desarrollar un CAR-T más eficaz que los existentes. Nuestro tratamiento selecciona las células T de memoria y consigue concentraciones superiores al 60% de este tipo de células, que tienen una vida más larga y, por tanto, están asociadas a una mayor eficacia. Esto es algo que ningún CAR-T industrial hace. Al ser dos grandes hospitales los involucrados en la producción del CAR-T19, podremos avanzar más rápido en los ensayos. Podremos llegar a más pacientes. Además, habrá una transferencia de conocimiento entre ambas instituciones, lo cual es muy enriquecedor para la producción de CAR-T académicos.

P. Esta transferencia de conocimiento es fundamental para que estas terapias tengan un uso más extendido en la sanidad pública.

R. Evidentemente. Es un elemento de calidad del sistema que va a beneficiar mucho a los pacientes. Son procesos complejos y costosos. Tampoco hay que pensar que pueda haber un hospital en cada ciudad que los haga. Habrá que encontrar un equilibrio.