

VIDA REPRODUCTIVA Y CÁNCER:

AVANCES EN CIRUGÍAS GINECOLÓGICAS permiten preservar la fertilidad

En Chile, los cánceres de mama, cérvico uterino y ovario representan el 34% de todos los cánceres nuevos diagnosticados cada año, de acuerdo a Globocan. De ahí que para los médicos es un importante desafío llevar a cabo tratamientos que resguarden la fertilidad de mujeres que aún no han tenido hijos o que desean volver a ser madres.

Hace unos años, el tratamiento del cáncer ginecológico suponía por definición la pérdida de la fertilidad. Hoy, existe la alternativa de realizar tratamientos, teniendo en cuenta la enfermedad, la edad y el compromiso de la paciente de adherir fielmente a un programa de vigilancia y seguimiento estricto.

Es el caso de Macarena Domínguez, quien el año 2009 visitó a su ginecólogo para un chequeo previo a embarazarse, pero luego de los exámenes de rigor recibió una dura noticia. Tenía cáncer de mama. Así, a los 35 años su anhelo de ser madre quedaba suspendido sin certeza de si podría concretarse en el futuro.

"Fue terrible. Me rebelé y dije ¡no me hago ninguna terapia! Luego llegué a FALP y tomé la decisión de comenzar a curarme".

La alternativa planteada a Macarena por el oncólogo le dio esperanzas. Como el tratamiento afectaba la fertilidad, se indujo una menopausia precoz con un medicamento por seis meses, mientras le realizaron quimioterapia, para proteger los ovarios de los químicos. Terminada la quimioterapia, retomó su anhelo y fue a ver a un especialista en fertilidad: "Me hice exámenes y el doctor me confirmó que estaba ovulando. Fue milagrosamente fácil quedar embarazada".

Su hija Julieta tiene hoy dos años y tres meses. "Me siento infinitamente bendecida", afirma, "por haber tenido la posibilidad de ser madre. Este es un tema que hay que abordar siendo cuidadosos, con una mirada integral".

Resguardar la fertilidad en mujeres con cánceres ginecológicos que aún no han tenido hijos o desean volver a ser madres es un importante desafío médico. Hoy, los procedimientos por este tipo de afecciones están apuntando a ser menos invasivos.

una cirugía que se denomina laparotomía diagnóstica o laparoscopia diagnóstica, en que se evalúan todas las estructuras que puedan estar comprometidas. Esto implica extirpar el tumor para una biopsia rápida, permitiendo determinar si es maligno o benigno. Las decisiones que se tomen respecto del procedimiento dependerán de esa información. Si se trata de un tumor maligno, es necesario saber qué tan avanzada se encuentra la enfermedad.

"En un segundo paso, además de sacar el tumor, se evalúa el otro ovario y la superficie del peritoneo de la pelvis para ver si hay compromiso, así como los ganglios que están a ese nivel, tomando biopsias de múltiples sectores del abdomen", agrega.

El tratamiento estándar de un cáncer

de ovario incluye remover útero, ovarios y la mayor cantidad de tumor posible. Sin embargo, cuando esto se da en mujeres jóvenes y sin hijos se cuida, dentro de lo posible, a ser más conservadores.

"Con un cáncer de ovario en etapa uno, por ejemplo, podría ser necesario extirpar el tumor y/o el ovario comprometido, conservando el ovario contralateral si está sano. Así, el criterio clínico oncológico tiene un rol fundamental en estos casos, considerando aspectos como lo avanzado de la enfermedad y las características propias de la paciente", señala el doctor Mc Connell.

En el cáncer del cuello del útero precoz, en tanto, el especialista explica que el tratamiento tradicional es la histerectomía radical, que consiste en remover el útero y, como consecuencia, se anula la posibilidad de tener hijos. En algunos casos seleccionados y con tumores pequeños, hoy es posible realizar un procedimiento denominado traquelectomía radical laparoscópica, que es la extirpación quirúrgica del cuello y los tejidos adyacentes, que son las zonas por donde el cáncer se disemina, pero conservando la mayor parte del útero para una futura gestación. "En nuestra práctica clínica hemos detectado tasas de embarazo post procedimiento de 35%. En ese grupo, en un 70% se logran recién nacidos mayores a 32 semanas".

Y precisa: "Tras una cirugía, muchas pacientes no requieren más tratamiento y pueden lograr embarazos luego de 6 meses. La radioterapia tradicional tratamos de no utilizarla en casos de pacientes con deseo de maternidad futura, porque daña los ovarios sanos. Si el cáncer del cuello del útero no está al alcance de la cirugía, la opción es quimioterapia, la que, una vez concluida, permitiría recuperar la fertilidad en ocasiones dependiendo de la edad de la paciente".



HACE UNOS AÑOS, el tratamiento del cáncer ginecológico suponía perder la fertilidad. Hoy, existen alternativas efectivas.

CIRUGÍAS MENOS INVASIVAS

Actualmente, el tratamiento para cáncer de ovario, cuello del útero y endometrio, en sus etapas tempranas, y en casos de pacientes que desean ser madres, se basa en cirugías menos invasivas.

El Dr. Yuri Mc Connell, gineco oncólogo de Instituto Oncológico FALP, explica que en el cáncer de ovario el tratamiento consiste en

ENFERMAR DURANTE EL EMBARAZO

- El cáncer es poco frecuente durante el embarazo. Según cifras del MD Anderson Cancer Center de EE.UU., el cáncer afecta a alrededor de 1 en 1.000 mujeres embarazadas. El cáncer de mama, la leucemia, el linfoma y los melanomas malignos son los cánceres de mayor incidencia.
- 3% de todos los casos nuevos de cáncer de mama se dan durante el embarazo.
- Los tratamientos de quimioterapia y radioterapia sí pueden afectar al feto, principalmente en etapas tempranas de gestación. Por eso, el médico debe evaluar el momento del embarazo para utilizarlos o para interrumpir la gestación, minimizando los riesgos para el recién nacido.

Prevención

FUMADORES ENFRENTAN ALTO RIESGO DE SALUD

El próximo 31 de mayo se conmemora el Día Mundial sin Tabaco. La OMS calcula que la epidemia mata cada año a casi 6 millones de personas.

El 40,6% de los chilenos mayores de 15 años fuma, según datos del Ministerio de Salud, y el consumo promedio es de 10,4 cigarrillos al día, cifras preocupantes que dejan a Chile como uno de los países con mayor prevalencia de tabaquismo en Latinoamérica y tabaquismo adolescente en el mundo.

La OMS calcula que la epidemia mata cada año a casi 6 millones de personas. La médica broncopulmonar de Instituto Oncológico FALP, Dra. Sandra Zapata, explica que fumar es un hábito que tiene un gran impacto en la salud pública.

"Es dañino debido a varios motivos: es un producto que genera adicción, tiene sustancias tóxicas y carcinogénicas. Puede producir daños de tipo irritativo directo en las mucosas de las vías respiratorias y digestivas, además de inflamación en los vasos sanguíneos, lo que favorece la formación de placas de colesterol y elementos grasos en las paredes de las arterias, que a su vez está asociada a enfermedades cardiovasculares".

Además, la combustión directa del tabaco es responsable de diversos agentes carcinogénicos que influyen en el genoma humano y que son causantes de cáncer.



SERGIO SALAZAR

Está relacionado con diversos tipos de cáncer, pero es sabido que tiene una relación causal directa con el de pulmón, laringe, faringe y también tiene una participación fundamental en la incidencia de los tumores de esófago, vejiga, ciertos linfomas, mama, páncreas y en algunos tumores de estómago. Sin embargo, no todos los individuos fumadores presentarán algunas de estas enfermedades.

"Uno de cada cinco fumadores tiene riesgo de

desarrollar cáncer al pulmón, y entre el 85 y 90 por ciento de los cánceres del pulmón están asociados al tabaco", puntualiza.

FUMADORES PASIVOS

Pero los peligros del tabaquismo no sólo afectan a quienes optan por fumar, sino también a su entorno, a los denominados fumadores pasivos.

"Aun cuando en estos casos el riesgo es menor, igualmente existe la posibilidad de desarrollar las enfermedades antes descritas. Por ejemplo, la mujer embarazada expuesta al humo del cigarro en forma pasiva tiene peligro de desarrollar parto prematuro, y su hijo, enfermedades del recién nacido. La relación exacta no está muy establecida, pero se estima que una persona que está constantemente expuesta al humo del cigarrillo ajeno en su domicilio o lugar de trabajo tiene un riesgo en su salud que equivale a fumar entre cuatro y 10 cigarrillos al día", señala.

Y aunque se deje el mal hábito, el riesgo de padecer alguna enfermedad producto del tabaco continúa. "En caso de cáncer pulmonar, se considera que el riesgo disminuye a los 15 años de haber dejado de fumar".

El desarrollo del fármaco en oncología

Por Dr. Christian Rolfo,

Jefe de la Unidad de Fase I y Desarrollo Fármacos en Fase Temprana, Hospital Universitario de Amberes, Bélgica.



El tratamiento oncológico ha cambiado radicalmente en los últimos años. Nos estamos moviendo hacia un tratamiento personalizado que no es una utopía, sino una realidad en muchos tumores.

Por ejemplo, en el caso de cáncer de mama la expresión de HER2neu significa una posibilidad de seleccionar un tratamiento específico contra esa alteración, lo que se deriva en una mayor posibilidad de control de la enfermedad.

Otro clásico ejemplo es el cáncer de pulmón, muy frecuente en la población y con una elevada tasa de mortalidad. Hasta hace algunos años tratábamos a todos los pacientes de cáncer de pulmón no microcítico de la misma manera, con quimioterapia. Hace unos años el descubrimiento de alteraciones específicas como mutaciones (EGFR), translocaciones (ALK) han abierto la puerta a tratamientos dirigidos que implican un aumento en las tasas de respuesta, del tiempo libre de enfermedad y de la sobrevida de los pacientes portadores de esas alteraciones.

Este cambio radical ha significado adecuarse a los tiempos en lo que respecta a los ensayos clínicos que evalúan estos fármacos. Tradicionalmente, el desarrollo de medicamentos en oncología se divide en dos grandes momentos: estudios pre clínicos (en líneas celulares de tumores y en animales) y estudios clínicos (con inclusión de pacientes).

De esta última parte se obtiene una importantísima información para el correcto uso de los medicamentos. A su vez, a este período del desarrollo lo podemos subdividir en tres pasos o fases: Estudios de Fase I, II y III. Quiero focalizarme en los ensayos de Fase I. Es aquí donde se produce el primer contacto entre el nuevo medicamento y el ser humano. Tradicionalmente, estos estudios servían para conocer solo la toxicidad y datos sobre procesos a los que el fármaco en estudio es sometido a través de su paso por el organismo. En los ensayos de Fase II se conocían detalles de actividad

del fármaco y en los estudios de Fase III servían para conformar la eficacia del nuevo medicamento.

Todo el proceso podía durar entre 8-10 años hasta que finalmente las agencias reguladoras gubernamentales aprobaban la comercialización del fármaco. Hoy, con la introducción de los biomarcadores, a lo que hacía referencia cuando hablaba de tratamientos personalizados, ha cambiado.

EVALUAR LA EFICACIA

Los estudios de Fase I se han convertido en el escenario ideal para no solo conocer datos de seguridad sino también de eficacia. Seleccionamos la población que posee una alteración especial en el tumor, para la cual el fármaco ha sido diseñado y evaluamos eficacia. Esto significa que en algunos casos no es necesario llegar a estudios de Fase III para obtener la aprobación del fármaco, ya que la eficacia es demostrada desde las fases iniciales, lo que finalmente se traduce en un acceso rápido al medicamento por parte del paciente. En definitiva, una historia de éxito.

Como se puede ver, el desarrollo de un fármaco es complejo. No todos los centros cuentan con unidades que permitan la investigación clínica temprana. Para ello, deben darse condiciones especiales no solo por las infraestructuras, el personal especializado, sino que también se necesita un adecuado funcionamiento de la maquinaria burocrática de cada país, lo que permite un acceso rápido a la investigación.

Esto es esencial y países como Bélgica, donde trabajo, han entendido este concepto. Latinoamérica tiene la capacidad de sus profesionales y las infraestructuras, lo que necesita es el apoyo de las instituciones que faciliten este proceso, porque la investigación en cáncer se traduce en un beneficio para los pacientes y, paradójicamente en el gasto efectuado, significa una reducción de los costos y un valor añadido de calidad.