

En la actualidad, hay varias líneas de investigación abiertas que exploran el gran potencial de la inmunoterapia en el tratamiento del cáncer de pulmón.



## Inmunoterapia contra el cáncer de pulmón

PURIFICACIÓN LEÓN.  
 EFE-REPORTAJES

La inmunoterapia elimina la barrera que mantiene ocultas las células tumorales y hace que el sistema inmune las reconozca como un agente extraño al que hay que atacar. Este tratamiento, combinado con la quimioterapia, está mostrando buenos resultados en personas con cáncer de pulmón en los que la enfermedad ya está avanzada.

**E**l cáncer de pulmón es la causa principal de muertes relacionadas con el cáncer en todo el mundo y su tasa de mortalidad es la más elevada tanto entre hombres como entre mujeres", destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Existen dos tipos principales de cáncer de pulmón: el de células no pequeñas o no microcítico, que supone aproximadamente el 85% de los casos, y el de células pequeñas o microcítico, más agresivo, pero menos habitual. "El término 'célula pequeña' se refiere al tamaño y la forma de las células cancerosas que se ven en el microscopio", aclaran los especialistas de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

La enfermedad va pasando por diferentes fases. Se considera estadio I a un tumor menor de tres centímetros que no se ha extendido a los ganglios linfáticos ni a otros órganos. El estadio II se da cuando el tumor se ha extendido a los ganglios linfáticos más cercanos. En el estadio III ha llegado a ganglios linfáticos alejados del

tumor o ha invadido otros tejidos no pulmonares cercanos, por ejemplo, los vasos del espacio entre los dos pulmones, el corazón o el esófago. Por último, el estadio IV implica que el tumor ha producido metástasis en otros órganos del cuerpo. "Los más habituales son el cerebro, los huesos, las glándulas suprarrenales, el pulmón opuesto y el hígado", detallan los facultativos de la Clínica Universidad de Navarra.

En el caso de cáncer de pulmón de células no pequeñas, que es el más común, en estadios I, II y en

casos seleccionados de estadio III el tratamiento elegido por los oncólogos suele ser la cirugía. "El objetivo es la extirpación total del tumor pulmonar y los ganglios linfáticos cercanos al tumor, así como los que hay en el mediastino" (el espacio entre los dos pulmones), señalan los especialistas de la SEOM. "Se puede extirpar el lóbulo o los lóbulos afectados pero, en ocasiones, es necesario extirpar todo el pulmón", subrayan.

Después de la cirugía, cuando se ha analizado el tumor y se ha comprobado si los ganglios linfáticos

están afectados o no, el equipo médico decide si se administra quimioterapia. Los oncólogos de la SEOM explican que, en algunas ocasiones, se emplea quimioterapia antes de la cirugía con la intención de reducir el tamaño del tumor.

Precisamente, el hito más reciente en inmunoterapia es su uso junto a la quimioterapia antes de la cirugía, ya que aumenta las posibilidades de curación de los pacientes, explica el doctor Manuel Cobo en la ponencia "El gran potencial de la inmunoterapia en el tratamiento del cáncer de pulmón", pronunciada en el XIV Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Torácica (SECT), que se celebró recientemente en Málaga (sur de España). Manuel Cobo es oncólogo médico del Hospital Regional Universitario de Málaga y miembro del comité oncológico que evalúa el potencial del tratamiento con inmunoterapia en este hospital.

Una de las razones por las que las células malignas tienen éxito en su crecimiento es porque son capaces de esconderse del sistema inmune.



*continúa*

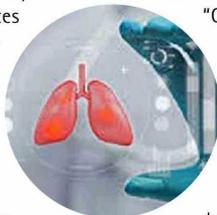
El tratamiento con inmunoterapia hace que el sistema inmune identifique las células tumorales como un agente extraño que debe ser atacado. "La inmunoterapia quita la barrera que impide al sistema inmune atacar a las células tumorales. Son anticuerpos monoclonales que ayudan en la función de reconocer las células tumorales y destruirlas", precisa el doctor Cobo.

Tras su irrupción, la inmunoterapia ha conllevado un cambio total de paradigma en el cáncer de pulmón de células no pequeñas, como tratamiento de segunda línea cuando fracasa la quimioterapia con platino, empleada como tratamiento de primera línea. En estos casos, "la inmunoterapia ha supuesto un 'boom' y se ha visto cómo algunos tumores empezaban a responder, con una supervivencia a largo plazo de entre un 10% y un 12% de los pacientes

con cáncer pulmonar metastásico, cuando antes de la inmunoterapia era raro que superaran los dos años", manifiesta el oncólogo.

Además, la inmunoterapia se administra sola y como tratamiento de primera línea en los casos de cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico cuando la sobreexposición del biomarcador PD-L1 es de más del 50% en las células tumorales. Si la presencia de este biomarcador es inferior al 50%, el tratamiento estándar es quimioterapia e inmunoterapia.

Asimismo, se utiliza como estándar de tratamiento en el estadio III, cuando el tumor no es operable. Anteriormente, en estos casos el tratamiento estándar era la combinación de quimioterapia y radioterapia. Actualmente, se sigue empleando quimioterapia y radioterapia y, al finalizar, se administra inmunoterapia durante un año como tratamiento de mantenimiento para que las células del pulmón no vuelvan a progresar a cáncer.



Pero la novedad más destacable relativa a la inmunoterapia es su aplicación en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas que acaban siendo operables tras recibir quimioterapia e inmunoterapia antes de la cirugía. Según datos de la Sociedad Española de Cirugía Torácica (SECT), esta estrategia aumenta entre un 15% y un 20% la probabilidad de que un paciente esté curado a los cinco años.

"Queda claro que con la inmunoterapia la probabilidad de que haya más pacientes de cáncer de pulmón largos supervivientes aumenta. Incluso, en los casos de cáncer de pulmón metastásico el tumor puede llegar a desaparecer. La adición de inmunoterapia a la quimioterapia incrementa las posibilidades de que haya más pacientes supervivientes a largo plazo, es decir, de que puedan operarse, recibir un tratamiento completo y, por tanto, curarse, cuando antes recaían a los dos años", destaca el doctor Cobo. "Cuando consideramos la supervivencia a largo plazo, a los 5 años, el 15% de los pacientes tratados con inmunoterapia siguen vivos y no van a morir inmediatamente. Nosotros tan solo miramos qué ha pasado en este punto de corte, pero la mayoría de estos pacientes van a vivir más allá de ese tiempo, se van a poder curar y tener una vida con el potencial natural", añade el facultativo.

El especialista aclara que "de los fármacos del espectro inmunotárpico, solamente los inhibidores

del biomarcador PD-L1 aumentan las tasas de supervivencia y curación a largo plazo en cualquier estadio del cáncer de pulmón no microcítico".

En la actualidad, hay varias líneas de investigación abiertas que ex-

ploran el gran potencial de la inmunoterapia en el tratamiento del cáncer. "El futuro pasa por mejorar la tasa de curación desarrollando nuevos fármacos del espectro inmunológico y no inmunológico", valora el oncólogo. 

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que el cáncer de pulmón es la causa principal de muertes relacionadas con el cáncer en todo el mundo y su tasa de mortalidad es la más elevada tanto entre hombres como entre mujeres.