

Desafíos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama

Hay pruebas de que los tratamientos agresivos pueden tener consecuencias devastadoras

En la web de No Gracias, una entrada reciente reflexiona sobre los excesos que se cometen en muchas mujeres con cáncer de mama que están siendo masivamente sobretratadas¹. Gracias a los avances en las pruebas de genómica y un conocimiento más profundo sobre la biología de los diferentes tipos de cáncer de mama, los médicos están aprendiendo que una estrategia única para todos los cánceres de mama no funciona. También están aprendiendo que toda mujer lleva con ella un perfil único de riesgo biológico, así como una aversión por el riesgo muy personal. Eso significa que, si bien algunas mujeres requieren tratamiento urgente y agresivo, hay muchos casos en los que se puede reducir la velocidad y adoptar un enfoque más conservador.

salud2000

Ahora mismo los médicos que están en la vanguardia del tratamiento de cáncer de mama, están pidiendo un cambio significativo en la forma en que los médicos tratan y hablan de una enfermedad que va desde unos pocos milímetros de células de aspecto sospechoso en los conductos de la leche a grandes masas invasoras encontradas fuera de ellos.

También tenemos más pruebas de que los tratamientos agresivos, diseñados para salvar vidas de mujeres, pueden tener consecuencias imprevistas, a veces, devastadoras. Son las múltiples cirugías tras una mastectomía y las posibles infecciones asociadas; la radiación que no siempre mejora la supervivencia y el riesgo de cáncer que puede venir asociado a ella; la quimioterapia a veces innecesaria y sus efectos secundarios potencialmente muy debilitantes. Para algunos expertos, estos daños colaterales son cada vez más difíciles de justificar.

¹ <http://www.nogracias.eu/2015/10/15/demasiada-quimioterapia-demasiada-radioterapia-demasiadas-mastectomias-repensando-el-tratamiento-del-cancer-de-mama/>

“Nuestros dos mayores desafíos”, dice el doctor Eric Winer, director de oncología de mama en Dana-Farber, “son averiguar los mejores tratamientos para las 40.000 mujeres que mueren de cáncer de mama cada año en EE.UU., y al mismo tiempo, averiguar quién, en el otro extremo del espectro, está siendo expuesta a una toxicidad innecesaria”.

Ahora los expertos saben que muchos cánceres de mama son, en términos médicos, “indolentes”, de crecimiento lento, tumores que no pueden causar síntomas, y menos, acelerar la muerte de una mujer. También saben que hay un pequeño número de cánceres de mama que progresan muy rápidamente, a veces incluso antes de que se detecten. Están trabajando para averiguar cuáles son cuáles y qué hacer mientras tanto.

Nadie sugiere que las mujeres deban dejar de hacerse mamografías. Pero los expertos creen que es importante ser honestos acerca de que es una tecnología imperfecta. Con el cáncer de mama, la carga de la prueba para no hacer algo es mayor que para actuar.

“No hay control sobre lo que es un tratamiento razonable para un resultado esperado”, dice Hwang. “si vamos a aceptar

que todos, incluso los que tienen solo una probabilidad del 1% de mejora de la mortalidad, deben obtener un tratamiento que no es biológicamente una buena manera de abordar el problema. También es increíblemente caro”.

En el Reino Unido, -donde las mastectomías profilácticas bilaterales rara vez se realizan, a menos que un paciente tenga un defecto genético o un muy alto riesgo de cáncer de mama invasivo-, se está realizando una investigación novedosa: un estudio controlado aleatorio prospectivo llamado LORIS, que durará 10 años, financiado por el National Institute for Health Research del Reino Unido, que incluirá unas 900 mujeres. La mitad recibirá la atención estándar y la otra mitad será monitorizada activamente.

“Los tratamientos agresivos, diseñados para salvar vidas de mujeres, pueden tener consecuencias imprevistas”

“Mi opinión personal es que ya hemos gastado suficiente tiempo discutiendo sobre el cribado; ahora se debe abordar la cuestión a través de ensayos clínicos bien diseñados” dice el Dr. Adele Francis, un cirujano de mama en el Hospital Universitario de Birmingham y el principal investigador del estudio LORIS. Algunos expertos dudan que este ensayo clínico pueda realizarse en los EE.UU., dada la aversión al riesgo que ha definida el campo históricamente.

Hay otra pieza importante del rompecabezas: las mujeres diagnosticadas. “El cambio en la medicina viene de los pacientes”, dice Esserman. “A mis pacientes no les gustan las opciones que tenemos. Por eso digo, obtengamos datos. Encontramos opciones para que las pacientes puedan explorarlas con nosotros”. ♦