



**El Grupo GEICAM reúne en Madrid a las distintas especialidades implicadas (oncólogos, cirujanos, radiólogos, patólogos...) en el manejo del cáncer de mama para responder a las cuestiones esenciales que suscita la estrategia neoadyuvante con finalidad curativa**

## LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DEBEN RECLAMAR SER ATENDIDAS POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR ANTES DE OPERARSE

- Los oncólogos recuerdan que la cirugía nunca es urgente y que todavía en España se adoptan decisiones unilaterales por parte de una sola especialidad.
- Un 40% de las españolas con un diagnóstico de cáncer de mama es candidata a un tratamiento neoadyuvante (previo a la cirugía) que podría ahorrarle la extirpación del pecho (mastectomía).
- A diferencia de la adyuvancia (terapia posterior a la cirugía), la neoadyuvancia proporciona información de gran valor pronóstico al poder analizar el tejido extirpado y determinar el efecto del tratamiento sobre ese tumor concreto.
- Hasta la fecha GEICAM ha participado en 14 ensayos clínicos que han probado el beneficio de la neoadyuvancia en más de 1.500 pacientes.
- Los escasos estudios de coste-efectividad realizados sugieren que la neoadyuvancia es una estrategia eficiente en cáncer de mama.

**Madrid, 30 de septiembre de 2016.** Tradicionalmente al tumor de mama se le ha combatido aplicando un tratamiento tras haberlo extirpado quirúrgicamente. Es lo que los expertos denominan adyuvancia. Por contraposición, la **neoadyuvancia** invierte la secuencia tratando el tumor antes de la cirugía. El objetivo es también la curación pero además puede reducir las mastectomías (extirpación de la mama) y facilitar información de gran valor pronóstico sobre el modo en que ese tumor concreto responde al tratamiento. Hoy en día en España en torno a un 40% de mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama son candidatas a esta estrategia neoadyuvante. Sin embargo, no en todos los casos se benefician de esta opción al tomarse decisiones fuera de un **Comité Multidisciplinar**, integrado por las diferentes especialidades que

desempeñan un papel clave en el manejo de la enfermedad, como radiólogos, patólogos, oncólogos o cirujanos. Por eso los expertos insisten en que las pacientes deben saber, por un lado, que la cirugía no es nunca una urgencia y, por otro, que antes de tomar cualquier decisión terapéutica su caso debe ser estudiado por este tipo de comités porque eso redundará en mejores resultados y mayor calidad de vida.

Las especialidades que forman estos comités están representadas hoy en Madrid en la jornada [Controversias en Cáncer de Mama. El ejemplo de la Neoadyuvancia](#), organizada por el **Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama** y coordinada por los doctores **José I. Chacón López-Muñiz**, del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, y **Álvaro Rodríguez Lescure**, del Hospital General de Elche. Un encuentro para discutir y dar respuesta a cuestiones relativas al mejor momento para acometer la reconstrucción de la mama, a cuál debe ser el tratamiento idóneo según el subtipo de tumor o si hay datos que avalan el coste-efectividad de esta estrategia. Hasta la fecha GEICAM ha participado en 14 ensayos clínicos que han probado el beneficio de la neoadyuvancia en más de 1.500 pacientes

*“Hablar de neoadyuvancia”, explica el doctor Chacón, “es hacerlo de coordinación multidisciplinar, de labor conjunta de distintas especialidades. En nuestro país un 40% de los diagnósticos de cáncer de mama son candidatos a recibir un tratamiento en neoadyuvancia. Todas ellas deben seguir esa opción bajo la supervisión de un comité y conviene recordarlo porque sabemos que van evolucionar mejor y porque no siempre se procede así”.*

Como indica el doctor Rodríguez Lescure, sigue siendo necesario que tras un diagnóstico la paciente sepa que la garantía máxima de que se va adoptar la mejor decisión posible reside en que su caso haya sido estudiado por un comité multidisciplinar. *“Es muy probable que se tomen más decisiones al margen de comités de las que sospechamos. Un centro con un comité supone la seguridad de que se va a definir un tratamiento individual para cada caso en particular. Cada paciente y cada tipo de tumor requieren su propia agenda de tratamiento previa a la cirugía, que puede ser de seis meses o hasta de un año”.*

No todos los hospitales disponen de un comité multidisciplinar de cáncer de mama formado por diferentes especialistas como son los oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos, cirujanos plásticos, radiólogos, patólogos, rehabilitadores, enfermeros, psicólogos... Eso significa que puede haber casos en los que la decisión se adopte de forma unilateral por un solo especialista. *“Hay muchas unidades en España que no están lo suficientemente bien coordinadas y hay pacientes en esas unidades que serían candidatas a recibir neoadyuvancia y a las que se les está haciendo cirugía de forma precipitada”, lamenta el doctor Chacón.*

Ambos especialistas insisten en que la intervención quirúrgica en el tratamiento inicial del cáncer de mama nunca es urgente. *“Es habitual que en la consulta las pacientes, antes de que acabe la entrevista, nos pregunten por la fecha de su operación”, comenta el doctor Chacón. Tienden a pensar que si no se las opera inmediatamente*

es porque hay una demora y no porque el caso vaya a ser objeto de estudio en un comité. Por eso, subrayan, es básico que estén bien informadas.

### **Conservar el pecho y extraer información pronóstica**

Reducir el tamaño del tumor antes de entrar en quirófano puede favorecer la cirugía conservadora. *“La neoadyuvancia, aparte de buscar la curación y ser un importante marcador de respuesta, es claramente una opción de tratamiento salvadora del pecho. Eso, desde un punto de vista de impacto psicológico, es algo de enorme relevancia para las pacientes”*, señala el doctor Chacón. *“Se pueden evitar mastectomías en aquellos casos que pueda estar comprometida la conservación de la mama”*, añade el doctor Rodríguez Lescure.

Aunque también persiga la curación, la adyuvancia no puede ofrecer un campo de trabajo para investigar el tumor, como sí hace la neoadyuvancia. Como dice el doctor Chacón, *“cuando no tenemos tumor visible, el tratamiento es una apuesta de futuro incierto”*. Para el doctor Rodríguez Lescure, *“el tejido tumoral extraído nos permite estudiar los cambios patológicos, moleculares, la enfermedad residual, la respuesta al tratamiento... Todo ello nos va a servir para establecer diferentes hipótesis con las que seguir investigando”*. Pero así como no hay controversia alguna sobre el beneficio clínico de una estrategia neoadyuvante, sí la hay, en cambio, sobre los resultados que arroja el estudio del tumor tras la cirugía.

Ese análisis que ofrece el *tumor en vivo* da amplia información sobre la respuesta individual de esa paciente en particular con un tipo de tumor y a un esquema concretos. *“Ahí”*, insiste este especialista, *“pueden surgir controversias. El tejido ha sufrido los efectos del tratamiento presentando una serie de cambios que tienen un valor pronóstico muy importante y generando amplia información a tener en cuenta para tomar decisiones. Entre el tumor previo biopsiado y la pieza extirpada que contenía el tumor, podemos comprobar desde que el tratamiento apenas ha surtido efecto hasta la desaparición de todas las células tumorales, es decir una respuesta patológica completa que es sinónimo de un mejor pronóstico”*.

La neoadyuvancia también está indicada en mujeres en las que de entrada se descarta la operación, bien porque el tumor está localmente muy avanzado o bien porque pese a estar localizado está tan extendido en la mama que no permite ni siquiera una mastectomía. Según el doctor Rodríguez Lescure, *“en estos casos el tratamiento puede hacer que tumores inoperables acaben siendo candidatos a cirugías conservadoras. También son tratadas en neoadyuvancia pacientes con más de 70 años con tumores muy hormonodependientes”*.

Los programas de cribado implantados en España han favorecido diagnósticos cada vez más tempranos, con tumores de un tamaño tan reducido y sin afectación de la axila que hacen innecesaria la estrategia neoadyuvante en la mayoría de los casos. Actualmente, se pueden curar el 85-87% de todos los tumores detectados en fases iniciales; un porcentaje que ha aumentado en los últimos años gracias precisamente a estrategias como la neoadyuvancia.

No todos los casos que reciben tratamiento neoadyuvante tienen un pronóstico similar. El doctor Rodríguez Lescure asegura que el fenotipo tumoral marca claramente la estrategia de tratamiento a seguir y la evolución de la paciente.

### **Una opción coste-efectiva**

En términos económicos, la jornada también dedica espacio a abordar la relación entre resultados que aporta la neoadyuvancia y los costes que supone. El doctor **Miguel Ángel Casado**, de Pharmaeconomics-Outcomes Research Iberia, que ha hecho una revisión bibliográfica exhaustiva de los trabajos fármaco-económicos sobre coste-efectividad de la neoadyuvancia en mama, asegura que los datos disponibles sugieren que esta estrategia terapéutica es eficiente. *"Es complicado sacar conclusiones porque son pocos los estudios realizados a nivel nacional e internacional. Podemos concluir que hay una escasez significativa de trabajos con esta intención y todos relativamente recientes, pero también que la mayoría de los llevados a cabo revelan que la neoadyuvancia es una opción de tratamiento coste-efectiva en cáncer de mama. A pesar de que esto es una buena noticia, es preciso profundizar en la evidencia económica de este esquema y es importante que esto se investigue más en España; en nuestro país solo se ha realizado uno y fue hace demasiado tiempo, unos diez años"*.

El doctor Casado alerta de que falta más cultura de evaluación económica. *"Son precisos más estudios farmacoeconómicos e incluso que en su realización participen los oncólogos médicos; deben ser trabajos multidisciplinares con farmacéuticos de hospital, economistas de la salud y otros decisores. Cuanta más información de esta naturaleza dispongamos, en mejores condiciones estaremos de tomar decisiones acertadas"*.

Según este experto, la trayectoria de un fármaco se asemeja a la subida de una escalera en la que el primer escalón es la demostración de su seguridad y a partir de ahí es preciso ir constatando progresivamente su eficacia, su valor en condiciones de práctica clínica habitual, su eficiencia e incluso si está justificado el impacto de su uso para el sistema sanitario público.

### **Cáncer de mama**

En España, una de cada ocho mujeres sufrirá cáncer de mama a lo largo de su vida, el tumor más frecuente en las mujeres occidentales, estimándose que en Europa la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama antes de los 75 años es del 8%. Los programas de prevención y los avances obtenidos en la investigación de nuevos tratamientos han permitido aumentar la supervivencia, que en España se sitúa por encima del 80% a los 5 años del diagnóstico.

### **Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama**

Geicam es el grupo líder en investigación en cáncer de mama en España, y cuenta en la actualidad con un reconocido prestigio a nivel internacional. Actualmente está constituido por más de 800 expertos, que trabajan en 184 hospitales de toda España. Entre sus principales objetivos está promover la investigación clínica, epidemiológica y traslacional, la formación médica continuada, y la divulgación para facilitar la información a las afectadas acerca de los tratamientos y sus efectos secundarios, y así promover su participación en ensayos clínicos. Desde su constitución en 1995 hasta el momento, GEICAM ha realizado más de un centenar de estudios en los que han participado más de 46.000 mujeres. Para más información, puedes visitar la página oficial [www.geicam.org](http://www.geicam.org) o seguirnos en Twitter @GEICAM, @GEICAMujer y en Facebook.com/GEICAM.

**Para más información:**

**Sonsoles Pérez / Cristina García**

**Planner Media**

**Tlf. 91 787 03 00**

**Roser Trilla**

**Responsable Comunicación GEICAM**

**Tlf. 91 659 28 70**