

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **70**

Número
Number **6** Noviembre-Diciembre
November-December **2002**

Artículo:

Comentario al trabajo titulado: “Uso de diferentes combinaciones de inmunoterapia en pacientes con cáncer recurrente de cabeza y cuello. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología”

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Comentario al trabajo titulado: “Uso de diferentes combinaciones de inmunoterapia en pacientes con cáncer recurrente de cabeza y cuello. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología”

*Acad. Dra. Raquel Gerson-Cwilich**

Mediante el manejo multidisciplinario se ha logrado mejorar la calidad de vida de los pacientes con recurrencia, pero la supervivencia a dos años es todavía menor a 20%. El tratamiento del cáncer de cabeza y cuello ha avanzado con la aplicación de inmunoterapia primaria.

Una nueva luz podría arrojar la investigación realizada por el Dr. Barrera Franco, quien indica en su estudio que la combinación de un antiangiogénico, la talidomida con citocinas, induce respuestas antitumorales.

Los comentarios que me permito hacer a continuación, buscan analizar los puntos importantes del trabajo, su correlación con la literatura médica y finalmente, se hacen algunas sugerencias.

Se trata de un estudio importante en virtud de que el cáncer de cabeza y cuello alcanza en la República Mexicana una magnitud considerable. Lamentablemente es detectado ya en etapas avanzadas y afecta más a quienes combinan el uso del tabaco con bebidas alcohólicas, de manera tal que ocupa el sexto lugar de las neoplasias en México. Deben ser encomiadas las investigaciones como ésta, que persiguen arrojar una nueva posibilidad de mejorar la atención en un padecimiento que afecta a 5.2-6.8% de la población mexicana, 14% en el Instituto Nacional de Cancerología como se anota.

En el diseño se incluyen cuatro alternativas de tratamiento en un grupo heterogéneo de pacientes, de los cuales ninguno representa el grupo control (con el mejor tratamiento actual). Esto difícilmente arroja datos que permitan obtener resultados sustentables. Por tratarse de un estudio prospectivo, como se hace mención en el texto, por definición no podría corresponder a un estudio fase I/II, tampoco a fase III.

Se sugiere describir en el rubro de la metodología, el sistema de aleatorización, el número planeado de pacientes en cada alternativa, las características de su selección, la mecánica del estudio, la secuencia, frecuencia y número de los tratamientos, las modificaciones y ajustes permisibles de acuerdo a to-

lerancia. De otra suerte, el lector se podrá encontrar con un grupo pequeño y dispar de pacientes con cada alternativa, lo que dificulta su comprensión y conclusión correspondiente.

Probablemente la calidad de vida reflejada específicamente en relación al término que el trabajo introduce como biotrespuesta merece especial atención; refiere a síntomas generales y locales apreciativos pero no fácilmente mesurables, que por lo general se incorporan en el lenguaje oncológico tradicional a saber lo que se denomina: respuesta parcial menor, o como beneficio sintomático o incluso, como estabilización de respuesta con mejoría subjetiva.

Dado que se usa terminología particular en el propio estudio, conviene que el autor la defina desde un principio y la pueda describir *ad integrum*. Los efectos secundarios relacionados al tratamiento, en pacientes con deterioro general, debilitados y de gran fragilidad, son de mayor importancia en el rubro de tiempo de vida restante, más que de supervivencia misma y sobre todo en estos pacientes que aún obtienen un beneficio marginal con los tratamientos.

Para este propósito, los efectos secundarios y la toxicidad basada en los lineamientos que propone la Organización Mundial de la Salud, deberán ocupar un papel de mayor importancia y ser calificadas en tipo y grado, en el capítulo de resultados, pues es seguramente uno de los fundamentos básicos a favor del tratamiento biológico con respecto del citotóxico. Es precisamente el nuevo valor conceptual de mínima o nula toxicidad, en el que en gran parte se basa el valor precepto de la terapéutica biológica en cánceres tempranos y avanzados.

A su vez se recomienda integrar la información estadística pertinente, pues únicamente se incluye la descriptiva, con el reporte de los resultados que aquí se alcanzan.

Terapia primaria

El tratamiento neoadyuvante a base de radioquimioterapia y de quimioinmunoterapia, ha sido analizado en estudios multicéntricos en lo tocante a la preservación del órgano o en el caso de enfermedad irresecable, en estadios avanzados de cáncer de cabeza y cuello.

* Académica de Número de la Academia Mexicana de Cirugía.
Hospital General de México.

En la literatura médica se consideran resultados con respuestas parciales de 70 a 90% y respuestas clínicas completas de 30%, lo que no traduce en los mismos resultados de respuesta completa histopatológica; cuando se efectúa la cirugía. No existe en la actualidad una clara evidencia de que se produce mejora en la supervivencia. Se han descrito marcadores pronóstico que pudiesen servir de guía en la selección del tratamiento en los pacientes con tumores de cabeza y cuello, para así predecir el resultado en el largo plazo de dicha terapia, lo que en teoría pueda ser de gran utilidad, especialmente en el plano del tratamiento neoadyuvante ya sea inmuno, quimio o terapia biológica. Esto conduce a que los tratamientos locales, incluyendo en determinados casos de la cirugía, pueda ofrecer primero a aquellos que con alta probabilidad fallarían a la terapia médica primaria de acuerdo a los indicadores.

Como predictores clínicos determinados por inmunohistoquímica han sido descritos: la proteína p53, producto de gen supresor; la enzima glutatione transferasa tipo S y la enzima timidilato sintetasa, su expresión se asocia a mal pronóstico con la terapia neoadyuvante.

Un progreso innovador y valioso en la biología celular y molecular del cáncer de cabeza y cuello, nos ha provisto de nuevos métodos de ataque a las células neoplásicas en forma más específica. Ahora existe la posibilidad de la terapia génica para ser dirigida como blanco a defectos genéticos específicos que se encuentran en ciertos tipos de tumores mediante la utilización de alguno de un número de genes de transporte. Aun cuando algunos problemas específicos con la terapia génica existente actual deben ser aclarados, data clínica y preclínica indican que se trata de un área muy pro-

misora. Adicionalmente a éste, la exquisita sensibilidad de anticuerpos dirigidos a blancos moleculares específicos convertirá a las toxinas conjugadas con anticuerpos, los radio-inmunoconjungados y con anticuerpos únicos específicos, como una terapia con opción viable. (Myers, Current Problems in Cancer, 1999).

Cabe mencionar que la mejor comprensión de la respuesta inmune antitumoral, ha conducido a un tratamiento con citoquinas, así como una terapia inmunológica celular para el cáncer, como el trabajo aquí analizado, sin embargo ya con terapias de mayor racionalidad e individualización en el diseño.

Durante los próximos años, tanto los clínicos como los investigadores deberán, en forma crítica, evaluar los resultados de los nuevos diseños con la aplicación de estas terapias novedosas y determinar cómo podrían encuadrar con las opciones ya existentes en el tratamiento de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Finalmente tomando en cuenta que estos tumores se originan como causa de múltiples aberraciones genéticas, es de mayor posibilidad que estas terapias biológicas se utilicen en combinación con otros acercamientos biológicos o inclusive en conjunto con modalidades terapéuticas más convencionales.

Sr. Académico Dr. José Luis Barrera Franco: su trabajo es sin duda pionero en el novedoso campo en la terapia biológica del cáncer. Enhoralbuena por su ingreso a nuestra Academia, por mi conducto reciba usted una cordial felicitación de sus miembros. Estoy segura que su ingreso como prestigiado médico oncólogo será una contribución importante para aportar conocimientos relevantes en el desafiante campo del tratamiento del cáncer.

