

Editorial

El neumólogo y su paciente tras la decisión del comité de cáncer de pulmón



The Pulmonologist-Patient Relationship After the Lung Cancer Committee Decision

Jesús R. Hernández Hernández

Sección de Neumología, Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España

En la práctica médica habitual la figura del neumólogo está plenamente reconocida en las distintas fases del proceso de diagnóstico y estadificación del cáncer de pulmón (CP). Los detalles clínicos y las pruebas endoscópicas aportadas proporcionan información técnica muy relevante a la hora de evaluar la situación particular de cada paciente en el comité multidisciplinar de tumores. Por otra parte, aspectos más personales sobre su ámbito socio-cultural, opiniones sobre las distintas alternativas terapéuticas, etc., en el contexto de una enfermedad que frecuentemente altera la perspectiva vital, crean unos vínculos importantes entre el paciente y su neumólogo que se traducen en que, por una parte el enfermo nos considere su médico de referencia, y por otra le reconozcamos nosotros como un paciente especial. ¿Es razonable que poco después, tras la reunión del comité, en un momento trascendental de su vida, perdamos todo contacto con nuestro enfermo? ¿Estamos dispuestos a mantener tal relación?

En determinadas circunstancias los vínculos se mantienen. Nos encargamos, por ejemplo, del manejo de las complicaciones derivadas de las distintas terapias o de la comorbilidad previa. Pero otros aspectos merecen una reflexión más profunda en aras a mantener los lazos y compromisos que hemos establecido con nuestros enfermos. Comenzando por explicar de manera adecuada el consejo terapéutico que le proporcionamos tras su evaluación personalizada en el comité de tumores. Especialmente delicada es la información a aportar en los pacientes con la enfermedad más avanzada o en aquellos que no presentan condiciones físicas adecuadas. Aquí, nuestra buena actitud ha de ser un complemento de los detalles técnicos sólidos y actualizados esperables en este contexto. Los avances terapéuticos se vienen produciendo de manera muy rápida y en diversos campos, generando a veces cierto vértigo, por lo que aprovechar las actualizaciones ofrecidas en la *web* por organismos de gran prestigio resulta especialmente útil^{1,2}. En los enfermos candidatos a quimioterapia será el momento de destacar las circunstancias potencialmente favorables, las que aportan cierta esperanza. Recordemos que actualmente alrededor del 50% de los pacientes diagnosticados de CP no microcítico avanzado

pueden ser candidatos a recibir algunas de las nuevas terapias, ya sean las relacionadas con la presencia de cambios genéticos específicos (mutaciones EGFR positivas en el 16%³, el 1% en ROS1⁴, el 4-6% en las reordenaciones ALK⁵), o bien con el hallazgo de una expresión significativa de PDL1, apreciable hasta en un 30% de los enfermos⁶, con las consiguientes ventajas en términos de cantidad y calidad de vida. En los pacientes que, cada vez en menor número, son tratados exclusivamente con medidas paliativas debido a la gran comorbilidad o al pobre estado clínico, hemos de mantener, y si es posible reforzar, nuestro importante papel asistencial. Sabemos bien que intervenciones precoces, correctamente diseñadas y en colaboración con médicos de atención primaria o cuidados paliativos, han logrado mejorar la supervivencia, aspectos psicológicos y su calidad de vida⁷.

Existe también la posibilidad de hacernos cargo del tratamiento oncológico/quimioterápico de estos pacientes desde los servicios de neumología. Esta circunstancia aún se produce en algunos lugares de España, está contemplada en los ámbitos competenciales oficiales de la especialidad⁸, forma parte del proyecto HERMES de la ERS⁹ y ha sido objeto de comentario en esta revista¹⁰. El desarrollo futuro de nuevas terapias, más personalizadas y cómodas en su administración, debe relanzar el interés por su empleo entre los neumólogos, en aras a llevar a cabo un cuidado integral del enfermo.

¿Hemos de seguir a nuestros pacientes diagnosticados de CP en las consultas de neumología? En la práctica, la gran mayoría de los que sufren tumores microcíticos y no microcíticos avanzados son revisados casi en exclusiva por oncólogos y/o radioterapeutas. Entre los intervenidos quirúrgicamente el objetivo será identificar de manera precoz tanto las recidivas como los segundos tumores primarios, aunque la posibilidad de llevar a cabo tratamientos curativos es limitada y es dudoso el impacto del seguimiento sobre la supervivencia¹¹. Quizá esto influya, pero la realidad es que, a pesar de que existe una clara recomendación por parte de grandes sociedades científicas para llevar a cabo este seguimiento^{1,12}, en nuestro medio apenas lo hacemos en la mitad de los casos¹³. Conviene implementarlo, llegar a acuerdos con cirujanos torácicos y oncólogos, permaneciendo además atentos a nuevos enfoques. Un estudio francés sobre pacientes con CP avanzado, en el que colaboraron

 Correo electrónico: jhernandez@separ.es

oncólogos y neumólogos¹⁴ ha mostrado beneficios en la supervivencia mediante un seguimiento clínico más estrecho, apoyado en recursos informáticos. También confiamos en que el empleo de biomarcadores sanguíneos o los detectados en el aire exhalado resulte factible y puedan complementar, o quizá sustituir, a las técnicas radiológicas actuales, no exentas de potenciales efectos nocivos¹¹.

Otro aspecto que está ganando un protagonismo creciente es la realización de nuevas biopsias (rebiopsias) en lesiones metastásicas o recidivas de CP avanzados, en busca de conversiones a otras histologías y especialmente para conocer el estado de mutaciones genéticas que sabemos se asocian a buena respuesta con inhibidores de tirosinquinasa de última generación¹⁵. El estudio cada vez más profundo de las alteraciones genéticas encontradas en tejidos o líquidos biológicos (biopsia líquida) abre la puerta a la llegada de nuevas terapias específicas para cada tumor, previsiblemente tratamientos más personalizados, diferentes a la quimioterapia que hoy conocemos.

En mi opinión, podemos, y debemos mantener la relación con buena parte de nuestros pacientes diagnosticados de CP después de su valoración en el comité de tumores. Siempre en colaboración con cirujanos torácicos, oncólogos, radioterapeutas u otros profesionales con los que alcanzaremos acuerdos, teniendo siempre como objetivo final el beneficio de ese enfermo. Y por supuesto, nosotros, neumólogos, hemos de mantener un elevado grado de preparación, tanto en los aspectos que clásicamente se nos reconocen, como en las estrategias de seguimiento de la enfermedad o el empleo de nuestras mejores técnicas (paliativas, rebiopsias). También sobre la actualidad de los tratamientos o la medicación que pueda llegar, esta, probablemente, con un perfil más próximo al de otras terapias que ya estamos utilizando en la neumología de hoy para la fibrosis o la hipertensión pulmonar, por ejemplo. Pero, desde luego, hemos de querer hacerlo. De nosotros depende.

Bibliografía

1. Ettinger DS, Wood DE, Aisner DL, Akerley W, Bauman J, Chirieac LR, et al. Non-Small Cell Lung Cancer, Version 7, 2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. [consultado 28 Jun 2017] Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf
2. Kalemkerian GP, Loo BW, Akerley W, Attia A, Chow LQ, Decker R, et al. Small Cell Lung Cancer, Version 3, 2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. [consultado 28 Jun 2017] Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/sclc.pdf
3. Rosell R, Moran T, Queralt C, Porta R, Cardenal F, Camps C, et al. Screening for epidermal growth factor receptor mutations in lung cancer. *N Engl J Med*. 2009;361:958–67.
4. Gainor JF, Shaw AT. Novel targets in non-small cell lung cancer: ROS1 and RET fusions. *Oncologist*. 2013;18:865–75.
5. Soda M, Choi YL, Enomoto M, Takada S, Yamashita Y, Ishikawa S, et al. Identification of the transforming EML4-ALK fusion gene in non-small-cell lung cancer. *Nature*. 2007;448:561–6.
6. Reck M, Rodríguez-Abreu D, Robinson AG, Hui R, Csösz T, Fülöp A, et al. KEYNOTE-024 Investigators Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2016;375:1823–33.
7. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: A randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2017;35:834–41.
8. Boletín Oficial del Estado de 15 de septiembre de 2008. ORDEN SCO/2605/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neumología. [consultado 30 Jun 2017] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/09/15/pdfs/A37793-37800.pdf>
9. Gamarra F, Boffetta P, de Ruyscher D, Felip E, Gaga M, Grigoriu B, et al. Thoracic Oncology HERMES syllabus: Setting the basis for thoracic oncology training in Europe. *Eur Respir J*. 2013;42:568–71.
10. Martínez González-Río J. Papel del neumólogo en el tratamiento del cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:470.
11. Chang CF, Gould M. Playing the odds: Lung cancer surveillance after curative surgery. *Curr Opin Pulm Med*. 2017;23:298–304.
12. Colt HG, Murgu SD, Korst RJ, Slatore CG, Unger M, Quadrelli S. Follow-up and surveillance of the patient with lung cancer after curative-intent therapy: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2013;143:437–54.
13. Serradilla Sánchez M, García García R, Hernández Hernández JR, Moreno de Vega Herrero MB, Jiménez López M, Alonso Muñoz JE, et al. Seguimiento en el Área de Salud de Ávila de pacientes diagnosticados de CP primario intervenido con intención curativa. Monografía del XXXIV Congreso SOCALPAR, Salamanca 2015; p. 152–153. ISSN: 2172-2641.
14. Denis F, Lethrosne C, Pourel N, Molinier O, Pointreau Y, Domont J, et al. Randomized Trial Comparing a Web-Mediated Follow-up With Routine Surveillance in Lung Cancer Patients. *J Natl Cancer Inst*. 2017;109. doi: 10.1093/jnci/djx029.
15. Yu HA, Arcila ME, Rekhtman N, Sima CS, Zakowski MF, Pao W, et al. Analysis of tumor specimens at the time of acquired resistance to EGFR-TKI therapy in 155 patients with EGFR-mutant lung cancers. *Clin Cancer Res*. 2013;19:2240–7.