

## Rafael Rosell

**Director de Investigación Oncológica del Instituto Catalán de Oncología (ICO).** Experto en el tratamiento de cáncer de pulmón

# «Hay que realizar análisis genéticos»

### Entrevista

AINHOA IRIBERRI  
MARBELLA

**S**i hay algún tipo de tumor en el que es especialmente cierta la frase "no hay un cáncer igual que otro", es el carcinoma de pulmón.

El director de Investigación Oncológica del Instituto Catalán de Oncología, Rafael Rosell (Manresa, 1949), lo sabe bien y, por esta razón, ha creado y dirige el único laboratorio de biología molecular certificado para analizar la firma genética del cáncer de pulmón. Rosell ha participado en la sexta Conferencia Europea de Oncología de Primavera, que se ha celebrado esta semana en Marbella.

#### ¿Por qué se sigue detectando tarde la mayoría de los casos de cáncer de pulmón?

Hay que aceptar la historia natural de las enfermedades. El cáncer de pulmón está generalizado en un 60% de los casos en el momento del diagnóstico. Lo importante no es el tamaño, sino que está diseminado; es decir, su capacidad de hacer metástasis. Y es que incluso de los que son quirúrgicos, que no han hecho metástasis, se cura sólo con la cirugía el 50%. La quimio aumenta la supervivencia en una magnitud muy mínima, del 5%.

#### ¿Habrá algún día un método de chequeos, como la mamografía para el cáncer de mama?

Así como un cáncer de mama es prevenible con la mamografía y nadie duda de que a partir de una determinada edad hay que hacerse esta exploración radiológica, en cáncer de pulmón puede resultar fútil este tipo de diagnóstico temprano, sobre todo usando controles radiológicos. Respecto al *screening* [chequeos sistemáticos a la población general para la detección precoz de enfermedades], el hecho es que sería posible porque hay material genético del tumor que se encuentra presente en la sangre circulante; puede haber células tumorales circulantes (CTC). Quizás, en un futuro, esto pueda utilizarse en pacientes de alto riesgo. En dicho material genético hay pequeños fragmentos de microARN, muy resistentes a la degradación, que son fáciles de trabajar técnicamente y cuyo estudio podría tener una utilidad más práctica. Lo que está claro es que, ahora mismo, no es recomendable someterse a TAC periódicos.

#### Pero recientemente el rey de España se sometió a una operación por un nódulo que, aunque luego resultó ser benigno, se había detectado por este método.

El tema es que, si a uno le hacen un TAC, seguro que le encuentran alteraciones. Pueden ser un granuloma que, radiológicamente, es una masa con características similares a un tumor primario. Las características radiográficas pueden decirlo claro, pero te lo pueden descubrir y que el ta-

«En este momento, no es recomendable someterse a TAC periódicos»

«Quizás en un futuro se pueda prevenir el cáncer de pulmón con un análisis de sangre»

maño o la morfología no lo indiquen claramente. En ese caso, se recomienda repetir el TAC antes de un año y, si ha aumentado de tamaño, está indicada una cirugía diagnóstica. Quizás en un futuro iría por ahí la predicción en la sangre por microARN. Antes de usarla como *screening* en la población general, se realizaría cuando nos encontráramos con esta disyuntiva en un TAC; se podrían ahorrar algunas de estas intervenciones menores de carácter diagnóstico.

#### Usted creó el único laboratorio de biología molecular certificado para análisis moleculares de cáncer de pulmón. ¿Qué importancia tiene este campo?

En el cáncer de pulmón quirúrgico puede haber múltiples firmas genéticas que desvelen riesgo alto o bajo de recurrencia. El estudio de los genes se hace para evitar tratamientos innecesarios complementarios. En pulmón, es una estrategia para esta fracción



Rafael Rosell, en la conferencia celebrada en Marbella.

de pacientes, los quirúrgicos, en los que interesa saber más matemáticamente por la genética qué tratamiento deben seguir. Pero ahora mismo, el campo de batalla principal está en el cáncer de pulmón que tiene metástasis. Hay una mutación, EGFR, que ha permitido una predicción de eficacia a un tratamiento oral cien veces más efectivo que la quimioterapia que damos de manera estándar. Pero usted ha comentado que esta determinación tan importante no la cubre la Seguridad Social. ¿Quién asume los costes? ¿Y llega a la mayoría de los pacientes españoles?

Sí. En este momento, hay una conciencia pública en la oncología de que es necesario este test. Lo que se

hace con el laboratorio central que tenemos es facilitar de forma gratuita este servicio a todos los centros de España. Lo tenemos organizado como si fuera un restaurante; en una semana podemos dar un resultado. Se paga con fondos de investigación que no son los adecuados y con financiación limitada a la industria. Lo ideal sería que lo cubriera Sanidad o las aseguradoras privadas. Además, ahora hemos lanzado la Plataforma Europea de Oncología Torácica, que tiene como objetivo facilitar los ensayos clínicos a nivel europeo y que las iniciativas no salgan tanto de la industria, sino de las ideas que tenemos los oncólogos de nuestra investigación básica.