

Avances en el Tratamiento del Cáncer de Mama:
Una charla con nuestros expertos Chad M.
Guenther, MD y Shane Cotter, MD, PhD



Grabado octubre 2023

♪ [música] ♪ - [Matt] Bienvenidos a "Sansum Speaks", una serie de conferencias educativas presentada por el Consejo de Mujeres de las Clínicas Sansum.

Mi nombre es Matt Bauman. Soy el vicepresidente de oncología de la Clínica Sansum y hoy vamos a enfocarnos en los avances en el tratamiento de cáncer de mama. Como muchos de nuestros oyentes saben, el cáncer de mama afecta a una de cada ocho mujeres en los Estados Unidos. Y hoy van a escuchar a dos médicos que trabajan en el Centro de Cáncer Ridley-Tree en Santa Bárbara, California, donde una de cuatro pacientes tiene diagnóstico de cáncer de mama.

Sabemos que el impacto del cáncer de mama en nuestra comunidad destaca la importancia de conversaciones como la de hoy. Queremos que sea informativa, pero también alentadora. Creemos que el conocimiento es poder y encontrar al equipo adecuado y a expertos con los cuales trabajar en su proceso contra el cáncer es clave para tener éxito.

Voy a presentarles a dos de esos expertos, pero antes quiero establecer una línea base introduciéndoles a tres de los roles principales de los médicos involucrados en el tratamiento del cáncer. Hay muchos otros médicos involucrados, pero los tres roles principales de los médicos en el tratamiento del cáncer son médicos oncólogos, oncólogos quirúrgicos, y oncólogos radioterapeutas.

Los médicos oncólogos son expertos en tratar el cáncer a través del uso de medicamentos, siendo el más común la quimioterapia, pero también hay terapia hormonal y la inmunoterapia. Los oncólogos quirúrgicos son expertos en extirpar tumores a través de intervenciones quirúrgicas. Y los oncólogos radioterapeutas son expertos en tratar el cáncer a través de terapia de radiación precisa.

Hoy nos acompaña el oncólogo médico Dr. Chad Guenther y el oncólogo radioterapeuta, Dr. Shane Cotter a medida que profundizamos en los últimos avances en el tratamiento de cáncer de mama dentro de sus respectivos campos en oncología. Dr. Guenther se unió recientemente al equipo de Hospitales y Clínicas de la Universidad de Wisconsin, donde completó su beca en hematología-oncología.

Antes de eso, completó su residencia en medicina interna en el Centro Médico Southwestern de la Universidad de Texas y recibió su título médico de la

Escuela de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Wisconsin.
Bienvenido, Dr. Guenther. El Dr. Shane Cotter ha sido oncólogo radioterapeuta en el Centro del Cáncer Ridley-Tree desde 2012.

También trabaja como nuestro Director de Investigación de Oncología Radioterapéutica. Obtuvo su doctorado en Biología Molecular y Celular, así como su título médico de la Universidad Washington en St. Louis. Completó su pasantía en nuestro hospital local Santa Barbara Cottage y su residencia en oncología radioterapéutica en la Escuela de Medicina de Harvard, donde también fue el jefe de residencia.

El Dr. Cotter también fue profesor en la Escuela de Medicina de Harvard y el Instituto de Cáncer Dana-Farber. Fue instructor en oncología radioterapéutica en el Hospital Brigham and Women's hasta que se unió al Centro de Cáncer nuevamente en 2012. Bienvenido, Dr. Cotter. Entonces, comencemos. Tal vez usted primero, Dr.

Guenther, ¿por qué eligió dedicarse a la oncología médica?

- [Dr. Guenther] Realmente me gusta mucho la medicina oncológica. Me gusta la ciencia. Me gusta la ciencia detrás de ella. Me gusta cuánto está avanzando el campo, especialmente en la actualidad. Pero lo que me gusta de la medicina oncológica en particular es que llegas a formar relaciones a largo plazo con la gente.

Ves a la gente por más tiempo que otros tipos de oncólogos. Y llegas a conocer a las personas, conoces sus deseos, y sabes qué quieren hacer. Y realmente puedes ganarte la confianza de alguien. Y tener esa confianza es algo que es muy gratificante, me hace sentir especial y muy honrado.

Así que conocer a mis pacientes y pasar ese tiempo con ellos es realmente importante para mí.

- Aprecio eso. La misma pregunta para usted, Dr. Cotter, ¿por qué eligió el campo de la oncología radioterápica?

- [Dr. Cotter] Dr. Guenther, creo que eso fue muy especial, bien dicho. Creo que comparto muchas de las mismas razones. Creo que la cuestión más importante para mí inicialmente era oncología en general. Y ser parte de un equipo que ayuda a cuidar a pacientes y sus familias en un momento tan crítico de sus vidas es realmente gratificante y es un hermoso privilegio maravilloso.

Y comparto eso con los oncólogos quirúrgicos y médicos oncólogos, y todo el personal aquí de la misma manera. Y te llevas eso a casa todos los días y puedes sentirte orgulloso de hacer eso en tu carrera y trabajar con un equipo que lo hace. Y es realmente especial. En cuanto a la oncología radioterápica

específicamente, me atrajo un poco, y hablaremos de esto más tarde, por latecnología de campo.

Está avanzando. Contamos con equipos maravillosos y emocionantes que usamos, y cada caso es único. Y al ser así, permite tener un desafío especial en cada caso, lo cual también encuentro muy gratificante. Así que lo disfruto. Estoy feliz de haber elegido el campo de oncología radioterápica y espero poder hacerlo durante mucho más tiempo.

- Y Dr. Cotter, leímos en su biografía que tiene un doctorado en Biología Molecular y Celular además de su título en medicina. ¿Puede contarnos un poco sobre esa transición? O tal vez eso estaba pasando simultáneamente. Parece una formación educativa bastante única.

- Sí, es generalmente única. Estoy asociado con otros cuatro oncólogos radioterapeutas. Tres de nosotros tenemos títulos médicos y doctorados. Y en cierto modo se inclina hacia la idea de que estamos interesados en la tecnología y la ciencia detrás de estas cosas y tiende a llevarnos hacia el campo de la oncología radioterápica.

Estudié microbiología. Y durante mi tiempo en Harvard también investigué un poco sobre los tumores virales, cómo los virus ayudan a causar cáncer, y cómo podrían responder de manera diferente que otros tipos de cánceres en esa manera. Así que existe una linda interrelación entre ciencia básica y oncología en general. Dr.

Guenther, estoy seguro, hablará un poco sobre eso en términos de los tipos de nuevos y asombrosos medicamentos que están desarrollando basados en estos hallazgos. Entonces es una buena transición al campo médico. En este momento, ya no hago investigación básica. Pero investigamos, y hablaremos un poco sobre eso más adelante.

- Tiene mucho sentido. Gracias, Dr. Cotter. Dr. Guenther, creo que esa es una buena transición hacia los últimos desarrollos en el tratamiento del cáncer de mama. ¿Nos puede comentar un poco sobre estos en el tratamiento del cáncer de mama, pero específicamente en la medicina oncológica y cómo ha sido su experiencia en los últimos cinco años?

- Ha habido mucho desarrollo en los últimos cinco años, pero mucho de ese desarrollo, como suele ocurrir, es desarrollo basado en conocimiento ganado previamente. Y creo que es importante considerar dónde estábamos antes, que en los años 70s teníamos quimioterapia. Y en eso piensa la gente cuando piensa en medicina oncológica y cáncer de mama en general.

Y creo que, hacia donde nos dirigimos ahora, es cada vez más lejos de eso, si es que podemos. Con el tiempo, hemos aprendido sobre los subtipos de cáncer de

mama, sobre marcadores particulares que nos ayudan a predecir cómo alguien puede responder y qué tan bien puede hacerlo. Así que pienso que me enfocaré en responder sobre los tratamientos que damos antes y después de la cirugía de mama para cánceres que están localizados en la mama y nodos linfáticos cercanos, o sea, no son metastásicos ni generalizados.

Hay nombres especiales para tratamientos que son hechos antes o después de una cirugía de los que pueden haber escuchado. El tratamiento antes de una cirugía se llama neoadyuvante. Neoadyuvante. Y el tratamiento hecho después de una cirugía de mama se llama tratamiento adyuvante. Entonces, la gente que puede estar leyendo sobre tratamientos de cáncer y ven que aparecen estas palabras, a esto se refieren.

Primero, hablemos sobre el subtipo más común de cáncer de mama, que es positivo para receptores hormonales y negativo para HER2. Los receptores hormonales son proteínas en las células cancerosas de la mama que responden a hormonas femeninas, estrógeno, progesterona, y al responder, causan que la célula crezca.

Y los tratamientos para cáncer de mama positivo para receptores hormonales incluyen cosas como quimioterapia, que es algo que es directamente tóxico para las células en división. Es un tipo de dosis controlada de un veneno. Pero el tratamiento más importante para el cáncer de mama positivo para receptores hormonales y negativo para HER2 es algo llamado terapia endocrina.

La terapia endocrina es un tratamiento que usa medicamentos para prevenir que hormonas como el estrógeno y la progesterona promuevan el crecimiento de las células cancerígenas de mama. A veces también es llamada terapia hormonal, diferente de la utilizada en la menopausia, pero también llamada terapia hormonal. Y estas son tabletas que generalmente se toman una vez al día por al menos cinco años.

Uno de los mayores avances de los últimos 10 a 15 años, diría yo, es el desarrollo y uso de estos puntajes de recurrencia de 21 genes. El más usado y común es el llamado puntaje de recurrencia Oncotype DX. Esta es una prueba que utiliza una muestra de tejido de una muestra quirúrgica. Y evalúa los genes que son particulares a un individuo con cáncer.

O sea, muestra lo que está sucediendo en una persona en particular. Y genera una puntuación que va de 0 a 100, donde 0 significa generalmente un riesgo bajo de recurrencia y 100 un riesgo mayor. Dos ensayos clínicos importantes examinaron el Oncotype DX, el TAILORx, y RxPONDER, y casi 15,000 mujeres se inscribieron en estos ensayos para ver y ayudar a decidir puntos límites para quienes podrían beneficiarse de la quimioterapia y quiénes no se beneficiarían para nada.

Generalmente, lo que se encontró es que si tiene una puntuación de 25 o menos, no hay un beneficio adicional de la quimioterapia. Hacer estas pruebas nos ha ayudado a evitar un sobretreatmento de las personas que podrían no beneficiarse de algo que puede ser difícil y algo que puede ser un poco tóxico.

Estos son pruebas increíblemente útiles. También nos ayudan a entender mejor cuál es el riesgo de recurrencia de alguien, su pronóstico, y nos ha ayudado a evitar muchos efectos secundarios. Para mujeres premenopáusicas que tienen puntuaciones intermedias ha habido un debate en la comunidad oncológica sobre si obtienen algún beneficio de la quimioterapia.

Encontramos que gente con puntuaciones intermedias que parece que les va mejor con la quimioterapia. Y también hemos notado que con la quimioterapia, a veces el ciclo menstrual se detiene. Y la pregunta abierta ahora es, ¿es realmente beneficiosa la quimioterapia, o el beneficio es porque la quimioterapia detiene el ciclo menstrual? Y esto ha impulsado nuevas investigaciones.

Hay un ensayo clínico que está ocurriendo en este momento, lo que significa que la gente está participando, persona por persona, se llama OFSET. Está dirigido por un grupo llamado NRG, donde tratan de darse cuenta, ¿la gente se beneficia de la quimioterapia? O si le diéramos inyecciones que supriman el ciclo menstrual y diéramos terapia endocrina, como ya hemos hablado, ¿eso sería igual de bueno?

Esperamos obtener algunos datos de eso, inicialmente en cinco años, y creo que el ensayo terminará en 10 años más o menos. Y creo va a ser una información realmente emocionante. Hemos hablado sobre reducir el tratamiento, pero, ¿qué es lo que podemos hacer para escalar el tratamiento para personas que puedan tener un mayor riesgo con cáncer de mama positivo para receptores hormonales?

Bueno, algo que encontramos para la gente que puede tomar medicamentos llamados inhibidores de aromatasa, una de las terapias endocrinas, es que los inhibidores de aromatasa funcionan mejor que medicamentos como el tamoxifeno. Pero desafortunadamente, las mujeres que no han pasado por la menopausia no se benefician de los inhibidores de la aromatasa solamente.

El medicamento simplemente no funciona basado en lo que hace. Ahora sabemos que es posible dar inyecciones para suprimir el ciclo menstrual y dar inhibidores de aromatasa, un medicamento que funciona mejor que el tamoxifeno para ayudar a intensificar el tratamiento. Y sabemos esto a través de algunos ensayos clínicos de larga duración, incluidos el ensayo SOFT y TEXT.

Y, en particular, esto parece beneficiar especialmente a mujeres más jóvenes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, especialmente menores de 35

años de edad. Una estrategia más nueva para intensificar el tratamiento del cáncer de mama para mujeres positivas para receptores hormonales es el uso de un tipo de medicamento llamado inhibidor CDK4-6. Estos son grupos de medicamentos que inicialmente se estudiaron en un escenario de metástasis, en el escenario para tratar el cáncer de mama que ya no es curable.

Pero lo que descubrimos es que ciertas mujeres y ciertos hombres, pueden tener un alto riesgo de que el cáncer de mama vuelva. Y hasta ahora ha habido dos estudios que han informado datos que muestran que podemos usar estas terapias en el escenario adyuvante luego de una cirugía para intensificar el tratamiento y disminuir el riesgo de que el cáncer de mama regrese.

Hay un medicamento llamado Abemaciclib que fue estudiado en un ensayo llamado monarchE. Hay un medicamento que se informó recientemente, llamado Ribociclib, que se reportó en un estudio llamado NATALEE. Los datos en estos todavía están inmaduros. Y vamos a saber más sobre cuánto efecto tenemos exactamente, pero los resultados iniciales son muy alentadores.

Cambiando un poco del cáncer positivo para receptores hormonales y hablando de un subtipo diferente, me gustaría hablar un poco sobre el cáncer de mama HER2-positivo. HER2 es una proteína, una proteína normal encontrada en la superficie de las células mamarias. Alrededor de una de cada cinco mujeres y hombres tienen copias adicionales de HER2. Y esto tiende a causar que el cáncer de mama sea más agresivo, crezca más rápido, y a menudo significa que requiere quimioterapia para tener el mejor resultado para la gente.

Lo más importante del cáncer de mama HER2 ha sido el desarrollo de anticuerpos que son específicos para HER2. Había un medicamento que se desarrolló hace 20-25 años llamada Trastuzumab, y esta causaba un cambio en cómo la gente con cáncer de mama HER2-positivo respondía. Un meta-análisis más reciente buscó ver cuál era el efecto general al agregar este anticuerpo a la quimioterapia y encontraron en general que había una reducción de un tercio en la tasa de recurrencia del cáncer de mama desde que empezaron a usar estos medicamentos.

Más recientemente, encontramos otros anticuerpos. Hay uno llamado Pertuzumab que fue estudiado en un ensayo llamado APHINITY que también ha mostrado mejorar la supervivencia libre de enfermedad invasiva, que significa mejorar el tiempo en que el cáncer no regresa al agregar este anticuerpo Trastuzumab y la quimioterapia.

También sabemos de varios ensayos que también es posible dar quimioterapia antes de una cirugía de cáncer de mama HER2-positivo. Y sabemos que hombres y mujeres que reciben el tratamiento de esa manera, tienen buenos resultados. Aunque más recientemente, ha habido un meta-análisis de la FDA

que mostró que podemos encontrar información sobre cáncer de mama y el pronóstico de este al momento de la cirugía para la gente que ya ha pasado por un tratamiento.

Existe algo llamado respuesta patológica completa, lo que significa que después de un tratamiento antes de una cirugía, de un tratamiento neoadyuvante, al momento de la cirugía, el cáncer ya no se observa. Y lo que se ha demostrado es que, si ese es el caso, el pronóstico mejora significativamente.

Un enfoque importante sobre los ensayos del cáncer HER2-positivo ha sido, ¿qué podemos hacer en el escenario neoadyuvante para mejorar la tasa de la respuesta patológica completa? Y lo segundo en lo que hemos trabajado es, bueno, ¿qué sucede si no podemos lograrlo? ¿Qué podemos hacer por la gente que no puede hacer eso para mejorar su pronóstico?

Uno de los más recientes ensayos para evaluar esto es un ensayo llamado KATHERINE. El ensayo KATHERINE observó algo llamado conjugado anticuerpo-medicamento. Un conjugado anticuerpo-medicamento es cuando un anticuerpo es agregado a la quimioterapia para específicamente dirigirse a una proteína en particular. Este ensayo KATHERINE observó un anticuerpo, el mismo del que hablamos antes llamado Trastuzumab, y se agregó a la quimioterapia para que el medicamento se dirigiera al cáncer de mama HER2-positivo.

Y estudiaron un medicamento llamado Trastuzumab emtansina, o TDM-1. Lo que encontraron fue que administrar este medicamento luego de una cirugía a hombres y mujeres que no tuvieron una respuesta patológica completa redujo el riesgo de recurrencia del cáncer o muerte en un 50%. Esta nueva clase de medicamento, estos conjugados anticuerpo-medicamento, son un desarrollo interesante en el campo de la medicina oncológica.

Y hay cada vez más y más que llegan desde el escenario adyuvante en ensayos clínicos, y más y más están siendo desarrollados y utilizados en escenarios de metástasis. El otro tipo de cáncer de mama que es tratado es el llamado triple-negativo. Un cáncer triple-negativo no tiene los receptores hormonales de los que ya hablamos, y no tiene amplificado el HER2.

Y alrededor de uno en 10 cánceres de mama son triple-negativo. Desafortunadamente, este tipo de cáncer tiene un pronóstico peor, y generalmente requiere quimioterapia también. Y al igual que el cáncer HER2-positivo, el tratamiento para enfermedad localizada, enfermedad no metastásica, ha sido trasladado para antes de la cirugía.

Y la respuesta patológica completa también es un pronóstico. Nos permite conocer más sobre el pronóstico después. Y ensayos más recientes que han observado lo que hacemos después para la enfermedad residual. La gente que no

tiene respuesta patológica completa es incluida en un ensayo llamado CREATE-X, donde un medicamento llamado Capecitabine, una tableta de quimioterapia oral, fue dada a hombres y mujeres que tenían enfermedad residual luego de la cirugía.

E incrementó para ambos la supervivencia general y la supervivencia libre de progresión, lo que significa que el cáncer tardó más en regresar, si es que regresaba. Y hombres y mujeres que recibieron este tratamiento vivieron más. Otros tratamientos más recientes incluyen el uso de inmunoterapia en el escenario neoadyuvante antes de la cirugía y administrada después. La inmunoterapia es un interesante desarrollo en medicina oncológica y está siendo usada en el tratamiento de varios diferentes tipos de cáncer, no solo cáncer de mama.

También es usada en el escenario de metástasis, pero probablemente el desarrollo más importante en el escenario neoadyuvante ha sido un ensayo llamado KEYNOTE-522 que observaba la adición de un medicamento llamado Pembrolizumab, también llamado Keytruda, a la quimioterapia y administración de este medicamento después. Y lo que se encontró fue que al administrar este medicamento se incrementa la tasa de la respuesta patológica completa, que sabemos lleva a un mejor pronóstico.

Una última cosa que me gustaría mencionar es el 10% al 15% del cáncer triple-negativo que tiene una mutación llamada BRCA1 o BRCA2. Solemos llamarlo BRCA1 o BRCA2. Estas son mutaciones que suceden muy temprano. Se llaman mutaciones germinales y predisponen al cáncer de mama y varios otros tipos de cáncer.

Examinamos en mujeres y hombres estos tipos de mutaciones para ver si podía ser posible que tuvieran un mayor riesgo de desarrollar cáncer a futuro que no solo sea cáncer de mamá, un mayor riesgo de recurrencia de cáncer de mama, y también si tienen un mayor riesgo de transmitir este gen, lo que podría llevar a un mayor riesgo de que sus hijos tengan estos cánceres.

Además, existe una clase de medicación llamada inhibidores PARP que han sido estudiados en el cáncer de mama con mutaciones BRCA1 y 2. Y más recientemente, hubo un ensayo llamado el ensayo OlympiA que reclutó pacientes con cáncer de mama con mutaciones BRCA1 y 2 y los trató con un medicamento llamado Olaparib.

Un tratamiento adyuvante por un año con este medicamento, llevó a una mejora significativa en la supervivencia general. Así que, debo decir que ha habido mucho trabajo hecho antes y después de la cirugía para ayudar a la gente a vivir más, vivir mejor, y ser curada. Y hay más trabajo que hacer.

Hay más trabajo en curso ahora. Y creo que este es un momento emocionante para ser un oncólogo médico y ver lo que se descubre ahora y lo que podemos hacer para ayudar a la gente.

- Dr. Guenther, esto es increíblemente completo y súper informativo. Si pensamos en el impacto desde la perspectiva de un paciente o tal vez de un familiar, un par de palabras claves, que creo resaltaron de su resumen sobre los avances recientes, digamos en los últimos cinco años en el tratamiento de cáncer de mama, esas palabras clave para mí al menos fueron tratamiento antes de la cirugía, ¿no?

No creo que sea algo que sería intuitivo o común. Otra cosa que mencionó fue el reducir el cuidado. No creo que normalmente asociemos la reducción del cuidado con el cuidado del cáncer. Y luego la inmunoterapia, que ciertamente ha sido un tema muy debatido últimamente. Dr.

Cotter, quiero hacerle esta pregunta a usted. Cuando piensa en algo como reducción del cuidado, ¿cómo la reducción del cuidado ha impactado en la radicación oncológica en su campo?

- Creo que es una excelente pregunta. Dr. Guenther, muchas gracias por eso. Eso fue increíble. Entonces, solo para retroceder un poco y orientar a la gente sobre que es la oncología radioterápica. El trabajo del oncólogo radioterápico es dirigir la radiación en lugares donde creemos que hay una posibilidad que pueda haber enfermedad microscópica luego de la cirugía y de la quimioterapia cuando es necesaria o dada.

Entonces, tenemos que determinar cuan grande pensamos que es el riesgo que hay de que algo haya quedado para determinar si la radiación y si el seguro que proporciona es adecuado dado los posibles efectos secundarios del tratamiento con radiación. A menudo damos radioterapia luego que una mujer tuvo una lumpectomía, aunque llegaremos a ciertas situaciones donde podríamos no darla.

Y luego, a menudo consideramos radioterapia incluso después de la mastectomía si el paciente muestra tener sus ganglios linfáticos comprometidos o con otras características de alto riesgo. Diré que en términos de la radiación que damos, hay ciertas situaciones como la descrita por el Dr. Guenther, donde podemos subdividir pacientes en ciertas categorías que tienen menos riesgo. De la misma manera en que a menudo puedes evitar la quimioterapia, hay situaciones donde podríamos evitar la radioterapia.

De igual manera, respecto a la reducción, hay algunos pacientes que pensamos ahora que responden tan bien a estos avances en quimioterapia, especialmente cuando son dados antes de la cirugía y así podemos ver cómo responden, que empezamos a preguntarnos si el riesgo es suficientemente bajo incluso con una

lumpectomía como para poder evitar la necesidad de radiación en esos escenarios.

Reducir la frecuencia con la que damos radiación es un elemento del que hablaremos más en un rato. Y la segunda parte es cuándo decidimos dar radiación, ha habido mejoras significativas en nuestra tecnología de radiación oncológica que nos permite dirigir esa radiación de maneras más específicas y también evitar otras estructuras cercanas o incluso tal vez evitar tratar partes de la mama que no necesitamos.

Así que podemos reducir cómo damos radiación, cuando la damos, y tal vez la necesidad de darla en absoluto, dado las rápidas mejoras de marcadores que el Dr. Guenther ha descrito. Creo que eso sería el contexto que describiría. Para hablar sobre cómo podríamos reducir un poco los efectos secundarios, hay dos maneras de hacer esto.

Para el cáncer de mama, hay una técnica llamada radiación parcial acelerada de la mama que ha estado en práctica durante los últimos 10 años. Y la idea es que hay ciertos pacientes donde se piensa que el tumor es lo suficientemente pequeño y localizado que la mayoría de la mama no está realmente en riesgo. Los ganglios linfáticos no están en riesgo, otras partes de la mama no están en riesgo.

La manera en que lo describiría a pacientes es que un tumor está en Maine. Es improbable que pueda ir hasta Florida o California. Entonces, puedes tratar solo esa parte de la mama solo una semana con estudios que han mostrado hasta 10 años de seguimiento, perfiles de efectos secundarios equivalentes, o perdón, disculpen con más de cinco años, casi 10 años de seguimiento en estos ensayos, resultados equivalentes en términos de un bajo riesgo de recurrencia con perfiles de efectos secundarios muy bajos.

A menudo utilizamos la radiación parcial acelerada en nuestra práctica con los pacientes que son considerados apropiados para esa técnica. Otro ejemplo es que en cualquier momento que necesitamos tratar toda la mama o los ganglios linfáticos del lado izquierdo, por muchos años, hubo un incremento del riesgo de enfermedad cardíaca porque la radiación, para poder tratar la mama también alcanzaría al corazón.

Ahora hacemos tomografías computarizadas para prepararnos para dar radiación. Podemos ver exactamente dónde está el corazón, podemos dar forma y ángulo a la radiación. Y probablemente el mayor avance a este respecto más reciente, es algo llamado técnica de contención de la inspiración que usamos en nuestra institución desde que abrimos este nuevo centro hace cinco o seis años. Esta técnica nos permite ver en tiempo real al paciente inspirar profundamente y

solo prender el haz de radiación cuando esa inspiración ha sido hecha de tal manera que crea un espacio adicional entre la mama y el corazón.

Cuando un paciente se acuesta normalmente para la radiación, la mama está aquí y el corazón aquí, pero cuando inspiran profundamente, el pecho se levanta y el corazón es empujado hacia abajo por el diafragma. de tal manera que se separan y puedes tratar la mama sin tocar el corazón en absoluto. Y esa es la técnica que nos ha permitido reducir significativamente el perfil de efectos secundarios de la radiación.

Y usamos eso para para todos nuestros pacientes con cáncer en la mama izquierdo ahora.

- Una pregunta rápida de seguimiento sobre eso, Dr. Cotter, ¿es una técnica o es un tipo de tecnología?

- Creo que es una combinación de ambas. El tratamiento de inspiración profunda es una técnica habilitada por una tecnología. Así que nuestra tecnología, nuestro centro se llama Vision RT. Es un sistema que está instalado en ambas salas de tratamiento que nos permite ver en tiempo real la anatomía del paciente en la camilla con mediciones precisas en milímetros.

Y así podemos tener esa tecnología en contacto con nuestra máquina de tal manera que solo el pecho del paciente se eleva a la posición correcta. Y donde está es donde planeamos que esté, solo entonces podemos encender la máquina de radiación. Así que en la práctica y en el tratamiento, una mujer contendrá esa inspiración cuatro a cinco veces por 15 a 20 segundos para hacer el tratamiento. Si un paciente tose y deja de contener la respiración durante el tratamiento, la máquina automáticamente se apaga de inmediato.

Simplemente reanudamos desde donde estábamos. Así que tenemos una gran confianza cuando el haz de radiación está encendido, que el corazón no está en esa trayectoria, para disminuir cualquier riesgo al corazón a largo plazo. Es una técnica solo posible dados los avances tecnológicos de los últimos años que nos permite hacerlo con confianza y de manera segura. Para seguir con lo que comentaba el Dr. Guenther respecto a estos diferentes tipos de tratamiento, me gustaría hablar sobre dos áreas de la reducción al dar el tratamiento que seguimos dando en Ridley-Tree ahora.

Estos dos ensayos de NRG que tenemos abiertos en nuestra institución. Uno se llama DEBRA y otro se llama HERO. Y todos estos ensayos tienen nombres ahora y trato de que la gente se acuerde de ellos. Vamos a hablar sobre el ensayo monarchE y NATALEE y ahora DEBRA y HERO. El primer ensayo, DEBRA, es reducir la radioterapia mamaria para mujeres con enfermedad ERPR-positivo con puntuaciones de Oncotype muy bajas.

Dr. Guenther habló sobre la idea de un puntaje Oncotype para determinar si la quimioterapia es necesaria, pero también nos da información sobre cuán probable es que el cáncer vuelva después de una lumpectomía si no se da radiación. Así que hemos aprendido en el curso de los últimos 10 a 15 años que mujeres de más de 70 años con tumores ERPR-positivo o con bajo riesgo basado en múltiples factores patológicos pueden a menudo prescindir de la radioterapia si siguen con las tabletas anti-hormonales que el Dr.

Guenther describió, sin cambios en la supervivencia de largo plazo. Inicialmente eran mujeres de 70 años o más, pero hubo un reciente estudio llamado PRIME II para mujeres de 65 y mayores, y el ensayo está abierto para cualquiera de más de 50 años que consideran evitar la radiación por completo, si tienen una puntuación baja de Oncotype, ganglios linfáticos negativos, y otras características patológicas de bajo riesgo. Ese ensayo es ofrecido en nuestra institución para tratar de evitar la terapia de radiación con la idea de que este puede ser el tipo de paciente que tiene tan bajo riesgo que el seguro para radiación puede no ser necesario.

El segundo ensayo es para pacientes HER2-positivo, como el Dr. Guenther describió, los cambios vistos luego que el medicamento Herceptin apareció y las múltiples terapias adicionales relacionadas al HER2. En este caso, primero para pacientes que se someten a la quimioterapia neoadyuvante y tienen una respuesta patológica completa que el Dr.

Guenther describió, y se someten a una lumpectomía, la pregunta es, si todo desapareció con la cirugía, ¿cuán crítico es dar radiación a esa mama si realmente esperamos que todo haya de hecho desaparecido? Así que el estándar de cuidado sigue siendo dar radioterapia después de una lumpectomía para pacientes HER2-positivo. Pero este ensayo se hace la pregunta si es posible o no evitar la radiación completamente para estos pacientes.

Así que en el ensayo HERO, la mitad de las mujeres recibieron radiación como estándar, y la otra mitad no recibió radiación en absoluto. Hay una segunda rama de ese ensayo para mujeres que reciben quimioterapia después de la cirugía, siempre que el tumor sea bastante pequeño y reciban toda la quimioterapia dirigida al HER2, también pueden intentar evitar la radiación en este ensayo. Así que son dos ejemplos de subtipos de pacientes con cáncer de mama donde buscamos activamente reducir la radiación, dado que.

la terapia sistémica que proporciona el Dr. Guenther ha mejorado Este es un enfoque de equipo en general, con oncólogos quirúrgicos, oncólogos radioterapeutas, y médicos oncólogos. Nuestra meta es proveer los menores efectos secundarios con las tasas más altas de curación, y mientras otras cosas siguen mejorando, a veces podríamos hacer un poco menos de nuestra parte.

- Dr. Cotter, eso es muy útil. Los he visto a ambos juntos en nuestro centro de cáncer. Usted habla del enfoque de equipo para el cuidado del cáncer representado por tres partes. ¿Puede alguno de ustedes hablar sobre el impacto de un comité de tumores en el cuidado de un paciente de cáncer?

Tal vez, Dr. Guenther, usted pudiera empezar.

- Un comité de tumores en Ridley-Tree se lleva a cabo una vez por semana. Y un comité de tumores es un lugar para presentar casos individuales, circunstancias individuales para gente que está trabajando junta en el equipo se sienten en la misma mesa y discutan el cuidado y coordinen en persona, en vivo y sean honestos.

Obsevamos imágenes, observamos mamografías, ecografías y resonancias magnéticas. Vemos exactamente dónde está el cáncer, y vemos dónde está la biopsia. ¿Dónde se hará la cirugía? ¿A dónde será dirigida la radiación? Y compartimos ideas sobre cómo manejar esto.

No hay solo un médico oncólogo o un oncólogo radioterapeuta allí. Hay muchos y escuchas la opinión de la comunidad médica. A veces esa opinión es la misma entre diferentes proveedores, pero a veces es un poco diferente porque puede haber también un poco de arte en la medicina.

Contamos con la ayuda de algunos médicos fenomenales, algunos radiólogos excelentes de mama que también son parte de este equipo algunos patólogos excelentes que revisan lo que ven bajo el microscopio con nosotros. Pero no quiero decir que oncología es solo esos tres campos porque es un campo amplio. Y hay mucha gente que viene y que ayuda a otra gente.

- Dr. Cotter, gran punto en que esto es realmente un esfuerzo de equipo. Por un tiempo, usted dirigió nuestros comités de tumores de cáncer de mama. ¿Puede hablar sobre esa experiencia, pero más sobre cuál es el resultado deseado de un comité exitoso desde la perspectiva de un paciente individual del que se ha discutido en ese escenario?

- Claro. Sí, dirigí el comité de tumor de cáncer de mama creo que por más de cinco años. Desde entonces, he pasado la antorcha, pero todavía voy cada semana, solo no soy más el maestro de ceremonia, supongo. Los comités de tumores son muy útiles. Los casos son presentados por uno de los médicos del equipo frente a cirujanos, médicos oncólogos, oncólogos radioterapeutas, consejeros en genética, nutricionistas.

Estas personas pueden estar allí para hablar sobre los matices de cualquier caso específico y a menudo básicamente establecer cosas, de alguna manera, en términos de cuál va a ser el mejor enfoque y qué necesita hacerse primero. Tal

vez este es un caso donde la quimioterapia puede ser la primera mejor opción. ¿Cómo eso implicaría o cambiaría los planes de terapia de radiación?

¿Cómo eso podría cambiar las opciones quirúrgicas? Y hablar de las diferentes vías de enfoque para cada caso de manera que nos permita optimizarlo como un equipo en tiempo real. Y creo que es muy útil para un paciente tener las ideas de las diferentes personas que van a interactuar en el cuidado del paciente desde el principio, para permitirnos tomar la mejor decisión y elegir el mejor camino que recorrer junto a ese paciente.

- Dr. Guenther, ¿puede hablar un poco sobre este comité de tumores? ¿Cuán a menudo crean un plan y se van con un plan ligeramente ajustado basado en esa discusión colaborativa sobre el caso de un paciente?

- Creo que eso sucede con bastante frecuencia, para ser sincero. Creo que escuchar la perspectiva de cómo algo puede ser manejado al final, qué podría hacer la radiación o cuál será el plan de cirugía o disección de ganglios linfáticos u otra cosa.

Creo que es útil y me ayuda a ajustar lo que puedo ofrecer.

- Debo decir también que lo encuentro muy educativo. Como oncólogo radioterapeuta, puedo saber lo que piensan los cirujanos, lo que piensan los médicos oncólogos. Es estupendo escuchar la discusión entre múltiples oncólogos sobre las opciones que existen. Puedes ver cuán rápido está avanzando el campo. Y permite que el resto de nosotros esté actualizado hasta cierto punto con lo que sucede en estas otras subespecialidades de cuidado.

- Eso es útil. A menudo escuchamos sobre el cuidado integral del cáncer de mama. Y creo que es uno de los temas que voy a llevarme de la conversación de hoy. Hablamos sobre consejería genética y su impacto al ayudarnos a entender las mutaciones genéticas y cómo eso va quizá a cambiar nuestro plan para un paciente específico.

Hablamos ciertamente sobre nuestros tres grupos de médicos primarios, pero también hablamos sobre patología, radiología. Incluso hay enfermeras navegadoras, trabajadores sociales, y todos los determinantes sociales del cuidado de la salud que aparecen en este escenario. Dr. Guenther, ¿puede hablar sobre cómo ha sido practicar en este ambiente integral donde bajo un mismo techo tienen cada especialidad y cada nivel de soporte de pericia representada y accesible?

Segundo piso, tercer piso, todos están en el mismo edificio. ¿Cómo ha sido eso para usted?

- Una palabra, diría que es fluido. Si el Dr. Cotter ve a alguien que sabe que verá más tarde en la semana o la semana siguiente, en el mismo edificio, puede subir las escaleras, venir a mi oficina y decir, "Esto es lo que pienso", inmediatamente. O, por ejemplo, queremos ver si alguien tiene la opción de estar en un ensayo clínico, esa gente están justo arriba de nosotros.

También está la consejería genética. Y todos están a una llamada de distancia. Y una reunión en persona puede hacerse improvisadamente en cualquier momento. Y creo que eso es muy especial y ayuda mucho a las mujeres.

- Gracias, Dr. Guenther. Dr. Cotter, ¿hay algo más que quisiera que nuestra comunidad sepa sobre usted o su enfoque sobre el cuidado del cáncer?

- Coincido con lo que dijo el Dr. Gunther sobre estar en el mismo edificio. Lo encuentro muy útil. No es inusual para mí tomar una taza de café, subir las escaleras, tocar la puerta, hablar sobre un paciente que veré ese día, asegurarme que estamos de acuerdo, asegurarme si quiero comunicar algo en específico sobre una idea que tuve sobre un paciente que vi más temprano ese día.

Tampoco es raro recibir un paciente que recibió quimioterapia y que esa paciente pueda tener una pregunta para un oncólogo que me ve a mí y podemos tener una interacción fluida con ellos y el equipo oncológico para abordar cualquiera de esas inquietudes porque están aquí y los vemos también. Y todos somos parte de un mismo gran equipo. Así que lo encuentro muy útil estar juntos aquí respecto a cirugía, oncología y radiación.

Creo que es un gran beneficio para los pacientes.

- Muy justo. Y quizá, ¿cuál es el equipo que representa al héroe anónimo en esa experiencia? No los roles de los médicos de primera línea, sino, ¿hay un equipo que sobresale para usted, que tiene impacto? Y no necesita ser un ranking sino un equipo, recientemente, que quizás haya tenido impacto para usted que nuestra audiencia no sabe que existe en este centro de cáncer.

- Creo que, en términos de este cuidado continuo, la asistencia médica y el equipo de enfermería termina haciendo mucha de la comunicación. Siento que hay una línea directa entre pisos entre esta gente, y pueden hacer llegar a la gente bastante rápido y abordar estos problemas muy rápidamente de una manera que no es inconveniente al paciente, permite tener respuestas y ayudar al paciente a asegurarse que lo cuidamos apropiadamente en todo momento.

- ¿Y qué sucede con la respuesta, Shane, del servicio auxiliar adicional, el cuidado de apoyo, el componente de cuidado integral? ¿Hay un equipo que represente, que sea de cierta manera el héroe anónimo, alguien que ha tenido un impacto significativo en el cuidado del paciente, pero que quizá no aparece en los titulares de un estudio de investigación clínica?

- Creo que otro de los equipos en el centro que es muy útil en términos de proveer cuidado holístico y continuo diría que es nuestro equipo de nutrición. Creo que es difícil no hablar sobre este en términos del impacto que tenemos. Hablamos mayoritariamente sobre cáncer de mama hoy en día.

Hay agentes de quimioterapia, el Dr. Guenther pueda tal vez hablar sobre esto un poco más, que permiten que el tratamiento sea más fácil con menos efectos secundarios. Hay implicaciones de largo plazo sobre la dieta y los cambios dietéticos para disminuir el riesgo de recurrencia del cáncer de mama que nuestro equipo está listo para seguir... que el equipo de nutrición esté involucrado en ayudar a largo plazo, incluso luego que los pacientes terminen con sus tratamientos de radiación y más allá.

- Dr. Guenther, ¿cualquier héroe anónimo que tenga en mente, cualquier grupo que sobresalga para usted, que ha llegado a tener un gran impacto sobre la calidad del cuidado o la naturaleza integral del cuidado que usted ofrece?

- Dos grupos, diría son a menudo anónimos, pero nuestros pacientes los aman. Los primeros son los navegadores con los que trabajamos. Los navegadores son asignados a pacientes individuales y hacen un seguimiento para asegurarse que las cosas son programadas. Los pacientes saben a dónde deben ir y cuándo deben estar en algún lugar.

Hacen recordatorios por teléfono. Son el número rápido al que llamar si necesitan comunicarse con nosotros más rápido. Nos ayudan a recibir órdenes más rápido y a completar todo lo que necesita hacerse para brindar un tratamiento se la mejor manera posible y de la manera más eficiente.

El segundo grupo del que me gustaría hablar son los trabajadores sociales. He tenido interacciones muy positivas porque, como dijo el Dr. Cotter, y creo que hablaste también de esto, Matt, hay cosas que se hacen antes que el tratamiento del cáncer que pueden ser muy difíciles de realizar también. ¿Qué sucede cuando tienes que ausentarte del trabajo y no puedes ir a trabajar?

¿Qué haces? ¿Cómo pide un día de discapacidad? ¿Cómo completas esos formularios? ¿A quién se lo entregas? ¿Qué sucede si eres diagnosticada con cáncer de mama y estás en la escuela y eres una mujer muy joven? ¿Cómo dejas la escuela? ¿Cómo vuelves a ir? ¿Y qué sucede si hay un copago con el que necesitas ayuda y tienes que completar el papeleo y no sabes cómo hacer las cosas?

Y creo que en particular estas áreas, estas áreas anteriores a nosotros, antes que veamos a la gente, es donde el trabajador social es muy útil. Y estoy muy agradecido por ellos también.

- Tal vez una última pregunta. ¿Hay algo más que les gustaría que nuestra comunidad sepa sobre ustedes o sus enfoques sobre el cuidado del cáncer de mama? Y quizá vamos con el Dr. Guenther primero.

- Creo que mi enfoque es ser abierto y ser honesto, compartir lo que encuentro, decir lo que pienso. En mis interacciones con la gente, la gente es agradecida con alguien que les hace saber lo que realmente piensan. Creo que eso encontrarán cuando vengan y hablen conmigo y otros oncólogos aquí.

- Gracias, y Dr. Cotter, ¿algo que usted quiere que nuestra comunidad sepa sobre usted o su enfoque sobre el cuidado del cáncer de mama?

- Simplemente que estoy orgulloso de hacer esto como profesión. Orgulloso de poder ayudar a cuidar a las mujeres y sus familias de cáncer de mama. Y orgulloso de ser parte de este equipo que nos permite hacerlo de la manera que lo hacemos. Creo que tan simple como eso.

- Sí, es un lugar muy especial para estar. Es especial cuando estamos en esta comunidad y escuchamos historias de tratamientos exitosos de pacientes que he visto en mi vecindario, mi vecino, un paciente del Dr. Guenther, y mi compañero de mesa en una cena reciente, un paciente del Dr.

Cotter. Y es muy espectacular ver historias exitosas del cuidado del cáncer de mama. Para concluir esto, espero que esto haya sido un recordatorio para todos los que escuchan, que siempre hay esperanza en nuestro cuidado del cáncer de mama. El diagnóstico temprano y la experiencia médica como la que ha escuchado hoy son clave para un tratamiento exitoso.

Aquí en el Centro de Cáncer Ridley-Tree y en la Clínica Sansum, estamos para trabajar con usted. Agradecemos que se hayan tomado el tiempo de estar en este episodio de "Sansum Speaks". Esperamos que hayan encontrado esta información valiosa. Para todas nuestras otras charlas, por favor, no duden en visitar sansumspeaks.sansumclinic.org. Y, nuevamente, gracias por haber estado con nosotros.



Sansum Clinic

P.O. Box 1200

Santa Barbara, CA 93102-1200

<https://sansumclinic.org>

(800) 472-6786

communications@sansumclinic.org