

MARÍA DE LA HUERTA

A CORUÑA

Más de 32.700 ciudadanos recibirán un diagnóstico de cáncer de pulmón a lo largo de este año en España, según las estimaciones de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), recogidas en el informe *Las cifras del cáncer en España 2024*. Los tumores pulmonares son los segundos más frecuentes en hombres y los terceros en mujeres, en cuyo caso, además, la incidencia casi se ha triplicado en diez años debido al aumento del tabaquismo entre la población femenina. "A principios del siglo XX, el cáncer de pulmón era una anécdota. Una enfermedad rara. Sin el consumo de tabaco, el 85% de los casos de esa patología no existirían", resalta el doctor Mariano Provencio Pulla (Cañizares, Cuenca, 1960), jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid y referente internacional en investigación del cáncer de pulmón. Desde la presidencia del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) ha liderado el estudio NADIM, con destacada participación coruñesa, que ha dado lugar a un nuevo paradigma en el tratamiento del cáncer de pulmón en estadios intermedios. Hoy hablará sobre ese hito en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. Lo hará acompañado de la doctora Rosario García Campeño, jefa de Oncología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (Chuac) y vocal del GECP. La cita es a las 19.00 horas, en la sede de la institución (C/Durán Loriga, 10).

El Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) ha sido clave en la consecución del mayor avance en el tratamiento del cáncer de pulmón de las últimas tres décadas.

Así es. Hemos sido el primer grupo de investigación en establecer y propugnar un cambio en el paradigma del tratamiento del cáncer de pulmón. Los pacientes con enfermedad localmente avanzada, que teóricamente se puede resear (o que son maligualmente 'resecables'), tenían una supervivencia muy pobre: la mediana global rondaba los 15 meses, y no vivían más del 30% a tres años. Con el uso de *quimio* e inmunoterapia antes de la cirugía, hemos logrado que casi el 82% de esos pacientes, en estadios intermedios, vivan a tres años. Es decir, la supervivencia ha aumentado un 50%. Además, hemos conseguido hacer más cirugías ya que, al reducirse más el tumor, se puede operar más.

¿Qué papel ha tenido el Chuac en el estudio NADIM, la investigación que ha dado lugar a ese cambio en el paradigma del tratamiento del cáncer de pulmón?

El Hospital de A Coruña ha sido uno de los centros con un trabajo más importante en la monitorización y el desarrollo del estudio NADIM, por tanto, los gallegos tienen que estar muy orgullosos de la participación tan activa que han tenido en todo esto.

La inmunoterapia ha supuesto un antes y un después en Oncología, también en cáncer de pulmón.

Sin duda. Los principales avances en cáncer de pulmón han girado en torno a la inmunoterapia, que surgió hace unos ocho años, y que se ha estado administrando en estadios metastásicos, avanzados y localmente avan-

Mariano Provencio Pulla ■ Jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid y presidente del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP)

“Sin el consumo de tabaco, el 85% de los casos de cáncer de pulmón no existirían”

“Con el uso de ‘quimio’ e inmunoterapia antes de la cirugía hemos logrado aumentar un 50% la supervivencia a tres años de los pacientes en estadio intermedio de la enfermedad”



El oncólogo Mariano Provencio Pulla, presidente del Grupo Español de Cáncer de Pulmón. // GECP

“En España somos capaces de hacer ciencia que trasciende a nuestras fronteras”

“En España somos capaces de hacer ciencia que trasciende a nuestras fronteras, de crear conocimiento importante que el resto del mundo luego sigue, y esto es fundamental también”, reivindica el doctor Mariano Provencio Pulla, jefe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid y presidente del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP), quien lamenta que haya “una percepción, o la asunción” de que

“no somos capaces de hacer nada más que seguir a los otros, o tener un papel muy secundario”.

“Esto no es así. Con el estudio NADIM, desde el GECP (los hospitales, los clínicos, los profesionales de laboratorio involucrados...) hemos demostrado que somos capaces de revertir una situación de mal pronóstico, que estaba así desde hace 30 años; que luego todo el mundo acepte y siga ese nuevo paradigma terapéutico; y que admita que ha sido aquí don-

de nació todo. Si esto lo hemos podido hacer nosotros, seguro que en otros ámbitos de la Medicina, y de la sociedad en general, también es posible. Necesitamos más apoyos y más consideración por parte de las autoridades sanitarias y de investigación. Se parte de una base de asumir que somos poco competitivos o que no vamos a hacer nada más. Tiene que haber un cambio de mentalidad total por parte de nuestros dirigentes”, considera.

zados. Se ha ido pasando a distintas situaciones de la enfermedad, y se ha promovido como un estudio adyuvante: después de la cirugía, administrar también ese tratamiento para disminuir la tasa de recaídas. La inmunoterapia es uno de los hitos más importantes, también en lo que se refiere a todo tipo de aproximación: anticuerpos bioespecíficos, inmunocombinados (con distintas dianas terapéuticas, y no solo con una)... Todo esto se está desarrollando de forma muy clara, y muy exponencial, en los últimos años. Por otro lado, cada vez se van descubriendo más dianas moleculares específicas. Antes teníamos los EGFR y los anti-EGFR, y hoy tenemos ya una población muy importante de pacientes, en torno al 40%, con algún tipo de mutación y tratamiento específicos. Esto es también muy trascendente.

¿Estos avances terapéuticos están llegando por igual a todos los pacientes en España?

Creo que se ha mejorado en este sentido. Que desde el GECP hayamos presionado en esa dirección parece que ha hecho calar el sentimiento de que realmente no se puede permitir que no sea así. Ahora mismo, quizás la cuestión de mayor desigualdad sea el acceso a pruebas moleculares y, consecuentemente, en algunos centros que tengan dificultad, el acceso a fármacos. No obstante, pienso que se ha avanzado bastante en la sensibilización de que no puede haber distinciones entre pacientes dentro de un mismo país.

Otra de las grandes demandas del GECP ha sido la puesta en marcha de un Plan nacional de cáncer y, por ende, de cáncer de pulmón.

Con respecto a esta cuestión, creo que no se ha avanzado nada. Si el cáncer en general, pero específicamente el de pulmón, es una entidad que provoca mucha morbilidad, con una complejidad añadida en la Onco-

logía... probablemente sea una razón más que suficiente para hacer un Plan estratégico nacional dirigido a esta enfermedad. No solamente una ‘estrategia’, porque luego las estrategias, como no tienen recursos asignados, se quedan en un papel. Esto es lo que ha pasado con la Estrategia nacional de cáncer, que es papel mojado. Se recogen una serie de recomendaciones, pero luego no se verifica si la población las sigue o no. Eso es perder el tiempo. Hay que hacer cosas que realmente se lleven a cabo, se monitoricen y se obligue a implementar, por el bien del paciente, lógicamente. Desde el GECP nos parece que hay que insistir en tener un plan bien diseñado, para el conjunto del país, con cuestiones mínimas que se requieran y que son fundamentales.

¿Por ejemplo?

El que todos los pacientes tienen que tener un mínimo de determinaciones moleculares al diagnóstico, así como un mínimo de pruebas diagnós-

ticas al inicio de su tratamiento; que esas pruebas se hagan en tiempo y en qué tiempos se considera que es necesario tenerlas (los pacientes no pueden estar esperando meses, sino un máximo de tiempo a la hora del diagnóstico)... Hay pruebas fundamentales, por ejemplo, el PET (tomografía de emisión de positrones), el EBUS (ecobroncoscopia) o alguna otra más específica, a la que tienen que tener acceso todos los hospitales para que no haya infradiagnósticos.

¿Algo más?

Que los tratamientos estén accesibles para todos los pacientes, lo cual no quiere decir que estén en todos los centros, y que todos los pacientes tengan también capacidad de un acceso rápido a la investigación.

Galicia acaba de iniciar en A Coruña un programa piloto de cribado de cáncer de pulmón, dirigido a ciudadanos de 55 a 74 años, grandes fumadores o que lo hayan dejado en la última década. ¿Qué le parece?

Creo que en Galicia se hacen las cosas con mucha cabeza, de una manera muy organizada, y que muchas comunidades autónomas deberían aprender de modelos sanitarios como el gallego.

¿Qué impacto tendría la eliminación del tabaquismo en la incidencia del cáncer de pulmón?

Antes de que existiera el consumo de tabaco como se conoce ahora mismo, el cáncer de pulmón era una anécdota. Una enfermedad rara. Hace unos días, tuve acceso a un libro de patología médica de principios del siglo XX y, cuando hablaba del cáncer de pulmón, decía que era una ‘entidad rara’ y que no se iban a detener en ello. Todo ha venido en relación con el tabaquismo, aunque haya negacionistas, esto es así. Sin el consumo de tabaco, el 85% de los casos de cáncer de pulmón no existirían. La influencia de fumar o no hacerlo para el desarrollo de esta patología es muy definitiva.

¿Qué opina sobre el Plan nacional de prevención y el control del tabaquismo, recientemente aprobado por el Gobierno?

Todo lo que vaya en línea de la prevención está bien, no obstante, a lo mejor hay que actuar más pensando en reducir el consumo vía coercitiva: subiendo el precio del tabaco, haciendo más acciones de prevención, recalando las campañas para evitar el inicio del consumo... Todo este tipo de cuestiones, que no sé si tienen influencia económica con algunos lobbies comerciales o industriales, pero que no termino de ver que se lleven a cabo en España. Los oncólogos siempre hemos pensado que se es muy permisivo con el tabaco en nuestro país.

MARIANO PROVENCIO PULLA Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid y presidente del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP)

“Con el uso de ‘quimio’ e inmunoterapia antes de la cirugía hemos logrado aumentar un 50% la supervivencia a tres años de los pacientes en estadio intermedio de la enfermedad”

“Sin el consumo de tabaco, el 85% de los casos de cáncer de pulmón no existirían”

MARÍA DE LA HUERTA

Más de 32.700 ciudadanos recibirán un diagnóstico de cáncer de pulmón a lo largo de este año en España, según las estimaciones de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), recogidas en el informe Las cifras del cáncer en España 2024. Los tumores pulmonares son los segundos más frecuentes en hombres y los terceros en mujeres, en cuyo caso, además, la incidencia casi se ha triplicado en diez años debido al aumento del tabaquismo entre la población femenina. “A principios del siglo XX, el cáncer de pulmón era una anécdota. Una enfermedad rara. Sin el consumo de tabaco, el 85% de los casos de esa patología no existirían”, resalta el doctor Mariano Provencio Pulla (Cañizares, Cuenca, 1960), jefe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid y referente internacional en investigación del cáncer de pulmón. Desde la presidencia del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) ha liderado el estudio Nadim, con destacada participación coruñesa, que ha dado lugar a un nuevo paradigma en el tratamiento del cáncer de pulmón en estadios intermedios. Hoy hablará sobre ese hito en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. Lo hará acompañado de la doctora Rosario García Campelo, jefa de Oncología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (Chua) y vocal del GECP. La cita es a las 19,00 horas, en la sede de la institución (C/Durán Loriga, 10).

—El Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) ha sido clave en la consecución del mayor avance en el tratamiento del cáncer de pulmón de las últimas tres décadas.

—Así es. Hemos sido el primer grupo de investigación en establecer y propugnar un cambio en el paradigma del tratamiento del cáncer de pulmón. Los pacientes con enfermedad localmente avanzada, que teóricamente se puede resear (o que son marginalmente ‘resecables’), tenían una supervivencia muy pobre: la mediana global rondaba los 15 meses, y no vivían más del 30% a tres años. Con el uso combinado de quimio e inmunoterapia antes de la cirugía, hemos logrado que casi el 82% de esos pacientes, en estadios intermedios, vivan a tres años. Es decir, la supervivencia ha aumentado un 50%. Además, hemos conseguido hacer más cirugías ya que, al reducirse más el tumor, se puede operar más.

—¿Qué papel ha tenido el Chuacoruñés en el estudio Nadim, la investigación que ha dado lugar a ese cambio en el paradigma del tratamiento del cáncer de pulmón en estadios intermedios?

—El Hospital Universitario de A Co-

ruña ha sido uno de los centros con un trabajo más importante en la monitorización y el desarrollo del estudio Nadim, por tanto, los gallegos tienen que estar muy orgullosos de la participación tan activa que han tenido en todo esto.

—La inmunoterapia ha supuesto un antes y un después en Oncología, también en cáncer de pulmón.

—Sin duda. Los principales avances en cáncer de pulmón han girado en torno a la inmunoterapia, que surgió hace unos ocho años, y que se ha estado administrando en estadios metastásicos, avanzados y localmente avanzados. Se ha ido pasando a distintas situaciones de la enfermedad, y se ha promovido como un estudio adyuvante: después de la cirugía, administrar también ese tratamiento para disminuir la tasa de recaídas. La inmunoterapia es uno de los hitos más importantes, también en lo que se refiere a todo tipo de aproximación: anticuerpos bioespecíficos, inmunocombinados (con distintas dianas terapéuticas, y no solo con una)... Todo esto se está desarrollando de forma muy clara, y muy exponencial, en los últimos años. Por otro lado, cada vez se van descubriendo más dianas moleculares específicas. Antes teníamos los EGFR y los anti-EGFR, y hoy tenemos una población muy importante de pacientes, en torno al 40% con algún tipo de mutación y tratamiento específicos. Esto es también muy trascendente.

—¿Estos avances terapéuticos están llegando por igual a todos los pacientes en España?

—Creo que se ha mejorado en este



El oncólogo Mariano Provencio Pulla, presidente del Grupo Español de Cáncer de Pulmón / GECP

sentido. Que desde el Grupo Español de Cáncer de Pulmón hayamos presionado en esa dirección parece que ha hecho calar el sentimiento de que realmente no se puede permitir que no sea así. Ahora mismo, quizás la cuestión de mayor desigualdad sea el acceso a pruebas moleculares y, consecuentemente, en algunos centros que tengan dificultad, el acceso a fármaco. Si no haces la determinación, no tienes luego posibilidad de hacer el fármaco. No obstante, pienso que se ha avanzado bastante en la sensibilización de que no puede haber distinciones entre pacientes dentro de un mismo país.

—Otra de las grandes demandas del Grupo Español de Cáncer de Pulmón ha sido la puesta en marcha de un Plan nacional de cáncer (y, por en-

de, de cáncer de pulmón).

—Con respecto a esta cuestión, creo que no se ha avanzado nada. Si el cáncer en general, pero específicamente el de pulmón, es una entidad que provoca mucha morbilidad, con una complejidad añadida en la Oncología... probablemente sea una razón más que suficiente para hacer un Plan estratégico nacional dirigido a esta enfermedad. No solamente una ‘estrategia’, porque luego las estrategias, como no tienen recursos asignados, se quedan en un papel. Es lo que ha pasado con la Estrategia nacional de cáncer, que es papel mojado. Se recogen una serie de recomendaciones, pero luego no se verifica si la población las sigue o no. Eso es perder el tiempo. Hay que hacer cosas que realmente se lleven a cabo, se monitoricen

y se obligue a implementar, por el bien del paciente, lógicamente. Desde el Grupo Español de Cáncer de Pulmón nos parece que hay que insistir en tener un plan bien diseñado, para el conjunto del país, con cuestiones mínimas que se requieren y que son fundamentales.

—¿Por ejemplo?

—El que todos los pacientes tienen que tener un mínimo de determinaciones moleculares al diagnóstico, así como un mínimo de pruebas diagnósticas al inicio de su tratamiento; el que se haga en tiempo y en qué tiempos se considera que es necesario tener esas pruebas (no puede estar los pacientes esperando meses, sino un máximo de tiempo a la hora del diagnóstico). Hay pruebas fundamentales, por ejemplo, el PET (tomografía de emisión de positrones), el EBUS (ecobroncoscopia) o una prueba más específica, a la que tienen que tener acceso todos los hospitales, y que no haya infradiagnósticos.

—¿Algo más?

—Que los tratamientos estén accesibles para todos los pacientes, lo cual no quiere decir que estén en todos los centros, y que todos tengan también capacidad de un acceso rápido a la investigación.

—Con respecto al diagnóstico del cáncer de pulmón, el Servicio Galego de Saúde (Sergas) acaba de iniciar en A Coruña un programa piloto de cribado dirigido a ciudadanos de entre 54 y 75 años, grandes fumadores o que lo han dejado en la última década. ¿Qué opinión sobre este proyecto?

—Hacer un estudio piloto, ver cómo funciona, ver si se puede llevar a cabo y extender al resto de la comunidad... Creo que en Galicia se hacen las cosas con mucha cabeza, de una manera muy organizada, y que muchas autonomías deberían aprender de modelos sanitarios como el gallego.

—El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de pulmón. ¿Qué impacto tendría la eliminación del tabaquismo en la salud de la población?

—Antes de que existiera el consumo de tabaco como se conoce ahora mismo, el cáncer de pulmón era una anécdota. Una enfermedad rara. Hace unos días, tuve acceso a un libro de patología médica de principios del siglo XX y, cuando hablaba del cáncer de pulmón, decía que era una ‘entidad rara’ y que no se iban a detener en ello. Todo ha venido en relación con el tabaquismo, aunque haya neogacionistas, esto es así. Sin el consumo de tabaco, el 85% de los casos de cáncer de pulmón no existirían. La influencia de fumar o no fumar para el desarrollo de esta patología es muy definitiva.

—¿Cómo valora las medidas incluidas en el Plan para la prevención y el control del tabaquismo en España, recientemente aprobado por el Gobierno?

—Todo lo que vaya en línea de la prevención está bien, no obstante, a lo mejor hay que actuar más pensando en reducir el consumo vía coercitiva: subiendo el precio del tabaco, haciendo más acciones de prevención, recalando las campañas para evitar el inicio del consumo... Todo este tipo de cuestiones, que no sé si tienen influencia económica con algunos ‘lobbys’ comerciales o industriales, pero que no termino de ver que se lleven a cabo en España. Los oncólogos siempre hemos pensado que se es muy permisivo con el tabaco en nuestro país.

“En España somos capaces de hacer ciencia que trasciende a nuestras fronteras”

“En España somos capaces de hacer ciencia que trasciende a nuestras fronteras, de crear conocimiento importante que el resto del mundo luego sigue, y esto es fundamental también”, reivindica el doctor Mariano Provencio Pulla, jefe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid y presidente del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP), quien lamenta que haya “una percepción, o la ‘asunción’ de que “no somos

capaces de hacer nada más que seguir a los otros, o tener un papel muy secundario”. “Esto no es así. Con el estudio Nadim, desde el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (los hospitales, los clínicos, los profesionales de laboratorio involucrados...) hemos demostrado que somos capaces de revertir una situación de mal pronóstico, que estaba así desde hace 30 años, y que luego todo el mundo acepta y siga ese nuevo paradigma terapéutico (y que admita que

ha sido aquí donde nació todo). Si esto lo hemos podido hacer nosotros, seguro que en otros ámbitos de la Medicina también es posible. Necesitamos más apoyos y más consideración por parte de las autoridades sanitarias y de investigación que no se tienen. Se parte de una base de asumir que somos poco competitivos o que no vamos a hacer nada más. Tiene que haber un cambio de mentalidad total por parte de nuestros dirigentes”, concluye.

MARIANO PROVENCIO PULLA ■ Presidente del Grupo Español de Cáncer de Pulmón

“Sin el consumo de tabaco, el 85% de los casos de cáncer de pulmón no existirían”

“La influencia de fumar o no fumar para el desarrollo de esta patología es muy definitiva”

MARÍA DE LA HUERTA
A CORUÑA

Más de 32.700 ciudadanos recibirán un diagnóstico de cáncer de pulmón a lo largo de este año en España, según las estimaciones de la Sociedad Española de Oncología Médica. Los tumores pulmonares son los segundos más frecuentes en hombres y los terceros en mujeres, en cuyo caso, además, la incidencia casi se ha triplicado en diez años debido al aumento del tabaquismo entre la población femenina. El doctor Mariano Provencio Pulla (Cañizares, Cuenca, 1960), jefe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid, es un referente internacional en investigación del cáncer de pulmón. Desde la presidencia del Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GCEP) ha liderado el estudio Nadim, con destacada participación gallega, que ha dado lugar a un nuevo paradigma en el tratamiento del cáncer de pulmón en estadios intermedios. Hoy hablará sobre ese hito en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia.

—El Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GCEP) ha sido clave en la consecución del mayor avance en el tratamiento del cáncer de pulmón de las últimas tres décadas.

—Así es. Hemos sido el primer grupo de investigación en establecer y propugnar un cambio en el paradigma del tratamiento del cáncer de pulmón. Los pacientes con enfermedad localmente avanzada, que teóricamente se puede resear (o que son marginalmente ‘resecables’), tenían una supervivencia muy pobre: la mediana global rondaba los 15



El oncólogo Mariano Provencio Pulla, presidente del Grupo Español de Cáncer de Pulmón. // GCEP

meses, y no vivían más del 30% a tres años. Con el uso de *quimio* e inmunoterapia antes de la cirugía, hemos logrado que casi el 82% de esos pacientes, en estadios intermedios, vivan a tres años. Es decir, la supervivencia ha aumentado un 50%. Además, hemos conseguido hacer más cirugías ya que, al reducirse más el tumor, se puede operar más.

—Una de las grandes demandas del GCEP ha sido la puesta en marcha de un Plan nacional de cáncer y, por ende, de cáncer de pulmón.

—Con respecto a esta cuestión, creo que no se ha avanzado nada. Si el cáncer en general, pero específicamente el de pulmón, es una enti-

dad que provoca mucha morbilidad, con una complejidad añadida en la Oncología... probablemente sea una razón más que suficiente para hacer un Plan estratégico nacional dirigido a esta enfermedad. No solamente una ‘estrategia’, porque luego las estrategias, como no tienen recursos asignados, se quedan en un papel. Esto es lo que ha pasado con la Estrategia nacional de cáncer, que es papel mojado. Se recogen una serie de recomendaciones, pero luego no se verifica si la población las sigue o no. Eso es perder el tiempo. Hay que hacer cosas que realmente se lleven a cabo, se monitoricen y se obligue a implemen-

tar, por el bien del paciente, lógicamente. Desde el GCEP nos parece que hay que insistir en tener un plan bien diseñado, para el conjunto del país, con cuestiones mínimas que se requieren y que son fundamentales.

—¿Por ejemplo?

—El que todos los pacientes tienen que tener un mínimo de determinaciones moleculares al diagnóstico, así como un mínimo de pruebas diagnósticas al inicio de su tratamiento; el que esas pruebas se hagan en tiempo y en qué tiempos se considera que es necesario tenerlas (los pacientes no pueden estar esperando meses, sino un máximo de tiempo a la hora del diagnóstico)...

Hay pruebas fundamentales, por ejemplo, el PET (tomografía de emisión de positrones), el EBUS (ecobroncoscopia) o alguna otra más específica, a la que tienen que tener acceso todos los hospitales para que no haya infradiagnósticos.

—Galicia acaba de iniciar en A Coruña un programa piloto de cribado de cáncer de pulmón, dirigido a ciudadanos de 55 a 74 años, grandes fumadores o que lo hayan dejado en la última década. ¿Qué le parece?

—Creo que en Galicia se hacen las cosas con mucha cabeza, de una manera muy organizada, y que muchas comunidades autónomas deberían aprender de modelos sanitarios como el gallego.

—¿Qué impacto tendrá la eliminación del tabaquismo en la incidencia del cáncer de pulmón?

—Antes de que existiera el consumo de tabaco como se conoce ahora mismo, el cáncer de pulmón era una anécdota. Una enfermedad rara. Hace unos días, tuve acceso a un libro de patología médica de principios del siglo XX y, cuando hablaba del cáncer de pulmón, decía que era una ‘entidad rara’ y que no se iban a detener en ello. Todo ha venido en relación con el tabaquismo, aunque haya negacionistas, esto es así. Sin el consumo de tabaco, el 85% de los casos de cáncer de pulmón no existirían. La influencia de fumar o no fumar para el desarrollo de esta patología es muy definitiva.

—¿Qué opina del Plan para la prevención y el control del tabaquismo en España, recientemente aprobado por el Gobierno?

—Todo lo que vaya en línea de la prevención está bien, no obstante, a lo mejor hay que actuar más pensando en reducir el consumo vía coercitiva: subiendo el precio del tabaco, haciendo más acciones de prevención, recalando las campañas para evitar el inicio del consumo... Todo este tipo de cuestiones, que no sé si tienen influencia económica con algunos lobbies comerciales o industriales, pero que no termino de ver que se lleven a cabo en España. Los oncólogos siempre hemos pensado que se es muy permisivo con el tabaco en nuestro país.

Descubren una nueva terapia contra el cáncer de tiroides más agresivo

Liderado por la viguesa Clara Álvarez, el trabajo halló un agente que elimina las células cancerosas

REDACCIÓN
VIGO

Investigadores del CIMUS de la Universidade de Santiago de Compostela (USC) han descubierto una nueva terapia dirigida contra el cáncer anaplásico de tiroides, el más agresivo, que no daña células sanas al eliminar de forma selectiva las cancerosas.

Este tipo de cáncer, uno de los más agresivos y devastadores, actualmente ofrece muy pocas opciones

de tratamiento efectivas, con una tasa de supervivencia de cinco años de apenas el 5%, pero este nuevo estudio abre la puerta a una terapia innovadora.

Así lo destacó la USC en un comunicado, en el que explica que la investigación ha sido realizada por personal investigador del Centro de Investigación en Medicina Molecular (CIMUS) y del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), ambos pertenecientes a la USC y al Instituto de Investigación



Clara Álvarez (2ª por la dcha.) y el resto del equipo investigador.

Sanitaria Galicia (IDIS), dirigidos por la investigadora viguesa Clara Álvarez y José Cameselle.

El estudio, publicado en la revista Nature Communications, identifica un agente terapéutico, PIAS2b-

dsRNAi, que elimina selectivamente las células cancerosas anaplásicas de tiroides sin afectar a las células sanas o a otros tipos de cáncer de tiroides de tipo benigno.

“Este hallazgo representa un

avance significativo en la lucha contra esta enfermedad tan desafiante”, ha apuntado Clara Álvarez, que señala que supone un enfoque totalmente novedoso para tratar el cáncer anaplásico de tiroides.

El uso de PIAS2b-dsRNAi se basa en identificar que una de las diferencias entre el cáncer anaplásico y las células normales, que a su vez es esencial para su proliferación, podría ser utilizada como su talón de Aquiles, comenta José Manuel Cameselle.

El personal investigador descubrió que una enzima llamada PIAS2b desempeña un papel crucial en la supervivencia de las células anaplásicas de tiroides. A diferencia de las células normales o de otros tipos de cáncer, las anaplásicas dependen de PIAS2b para su división. Este descubrimiento brindó la oportunidad de diseñar una terapia dirigida que atacase específicamente esta enzima clave.