



JACK WEST

Oncólogo estadounidense. Director del programa de Oncología Torácica del Swedish Cancer Institut en Seattle.

EL ECONOMISTA

La farmacéutica española PharmaMar espera que la compañía pueda dar un salto de valor considerable en el caso de que obtener la aprobación para su tratamiento en investigación contra el cáncer de pulmón de célula pequeña denominado *Zephyre*, nombre comercial de la molécula de origen marino lurbinectedina. Actualmente, el medicamento se encuentra en fase III de investigación -la última- y PharmaMar calcula finalizar el reclutamiento de pacientes en el tercer trimestre de 2018 y tener los datos finales de supervivencia global en el segundo semestre del 2019. En esta entrevista, el doctor Howard Jack West, un reputado oncólogo estadounidense que dirige el programa de de Oncología Torácica del Swedish Cancer Institute de Seattle, uno de los centros de mayor prestigio en el tratamiento del cáncer del pulmón en EEUU, habla sobre las posibilidades que le ve al tratamiento de PharmaMar. En el último Congreso internacional sobre cáncer de pulmón, celebrado en Toronto a finales de septiembre, el doctor Jack West habló sobre las últimas investigaciones en los tratamientos de esta patología y destacó especialmente a la molécula de PharmaMar.

¿Cuál es el estándar de tratamiento en cáncer de pulmón microcítico?

Han sido más o menos 20 años sin mejoras significativas en relación a lo que

“Llevamos 20 años sin tener novedades en este tipo de cáncer”

“Hay un gran vacío sobre todo en la segunda opción de este tratamiento”

“Lo que más me impresiona de lurbinectedina es su actividad por separado”



EE

“El fármaco de PharmaMar es el principal candidato para el cáncer de pulmón microcítico en segunda línea”



hemos estado haciendo desde que empecé en la práctica con este tipo de cáncer, y no ha sido por falta de intentarlo. Ahora hemos recibido los últimos datos del estudio con con Atezolizumab (Tecentriq) y Bevacizumab (Avastin) más carboplatino y paclitaxel (quimioterapia) para el tratamiento inicial (en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico que no han recibido quimioterapia. Realmente consideraría que ahora este es un nuevo estándar de atención.

¿Y qué opciones hay para la segunda línea de tratamiento?

Creo que en el contexto del cáncer de pulmón de células no pequeñas habrá más pacientes y médicos interesados en administrar docetaxel y ramucirumab, por los que no hemos tenido un gran apetito históricamente. Si se atienden más pacientes con un mejor estado de rendimiento, creo que el docetaxel ramucirumab sigue siendo el último recurso que está en segunda línea. Sé que estamos hablando de células pequeñas, pero la razón por la que lo menciono es que podemos ver lo mismo, podemos ver gente...

Personalmente, estoy revisando un poco mi punto de vista sobre el topotecán, particularmente viendo cómo está conduciendo a resultados significativamente mejores que la inmunoterapia, o al menos a una inmunoterapia débil, lo que me hace pensar que tal vez no deberíamos haber sido tan reflexivos o desdeñosos con el topotecán. Pero la gente no toera bien el topotecán por las molestias y la toxicidad.

¿Hay un vacío entonces en el tratamiento de segunda línea?

Sí, claramente.

¿Qué potencial le ve a lurbinectedina?

Creo que Lurbinectedina es lo suficientemente compleja como para que no sea una narrativa fácil de contar. Lo que más me impresiona es su actividad, especialmente como agente único. Los últimos datos me han parecido muy interesantes. Diría que estoy más que impresionado por eso.... Es estupendo cuando se tiene una combinación con un medicamento que puede tener actividad como la doxorubicina y se ve una actividad muy alentadora, pero en cualquier combinación con un medicamento activo conocido es difícil saber cuál es el que está haciendo el trabajo pesado o si es sólo un sesgo de selección. Viendo que hay una actividad de agente único con Lurbinectedina que es bastante impresionante, para mí es una marca que esto debe ser notado porque obviamente no se puede atribuir al fármaco con la que se está



ISTOCK

“La
inmunoterapia va
a ser muy usada
en primera
línea”

“Para los
pacientes que
recaigan sólo
tenemos el
topotecan”

“Lurbinectedina
es la opción
ahora más
importante en
segunda línea”

asociando. Otra de las cosas que creo que podría suceder, y todavía tengo que ver porque realmente no hemos hecho quimioinmunoterapia de forma rutinaria, es que los pacientes pueden, con una terapia más agresiva por adelantado, progresar pero no progresar con la misma carga de la enfermedad.

¿Qué esperaría como especialista de lurbinectedina para adoptar su uso?

Creo que estaría buscando al menos una Supervivencia Libre de Progresión de cuatro meses y una duración de respuesta de probablemente cuatro o cinco meses. Tomaríamos una enfermedad estable prolongada con una terapia tolerable. Como dije, nuestro comparador es tal vez topotecán, pero en realidad lo estamos viendo en gran medida en comparación con la atención de apoyo. Creo que es por eso que ahora mismo diría que la gente no está usando mucho topotecán porque es una cuestión de si vale la pena hacer esto en comparación con no tratarlo en absoluto.

¿Cuál va a ser el papel de la inmunoterapia?

Mi opinión siempre ha sido que la gente va a estar fascinada por la inmunoterapia, pero la inmunoterapia tiene una atracción gravitacional en el entorno de primera línea, así que creo que la primera línea va a ser un campo de batalla de tal vez quimioinmunoterapias. Creo que es posible, pero no probable, que termine como un grupo significativo de pacientes que reciben inmunoterapia seguida de quimioterapia. No creo que eso sea posible. Creo que es probable que veamos en la célula pequeña lo que vimos en la célula no pequeña, que es que ahora va a haber una combinación de inmunoterapia y quimioterapia y sólo diferentes permutaciones de eso y luego nos vamos a quedar con este vacío enorme de qué hacer después. Todo el mundo va a progresar en algún momento, algunos mucho antes que otros, y lo único que nos queda es el topotecan.

¿Y en ese vacío quién tiene hoy día más ventaja?

Yo diría que lurbinectedina es ahora mismo la opción más importante en segunda línea. Diría que hay muchas oportunidades en primera línea y tal eventualmente PharmaMar intentará hacer lo mismo que cualquier otra compañía farmacéutica que esté en este campo, es decir, tratar de conseguir un punto de apoyo en la segunda línea y luego intentar pasar a la primera línea como una combinación.