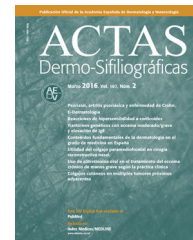




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ARTÍCULO DE OPINIÓN

El dermatólogo y el cáncer de piel. Consideraciones sobre el posicionamiento de la Sociedad Española de Oncología Médica



Skin Cancer and the Dermatologist: Reflections on the Position Taken by the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM)

D. Moreno-Ramírez^{a,*}, E. Nagore^b, R. Botella-Estrada^c, G. Carretero^d, S. Puig^e, P. Redondo^f, M.A. Rodríguez-Prieto^g, E. Samaniego^h, O. Sanmartínⁱ y J. Malvehy^e

^a Unidad de Melanoma, Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Unidad de Melanoma, Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^d Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^e Unidad de Melanoma, Servicio de Dermatología, Hospital Clinic, Barcelona, España

^f Departamento de Dermatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^g Servicio de Dermatología, Hospital General de León, León, España

^h Unidad de Melanoma, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

ⁱ Unidad de Cáncer No Melanoma, Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ha difundido un documento de posicionamiento en relación con el papel del oncólogo médico en el tratamiento de los pacientes con cáncer y en el que concluye que «... la administración de tratamientos médicos antitumorales por otros especialistas diferentes a los oncólogos médicos, debido a los argumentos antes expuestos, no cuenta con un suficiente apoyo racional y podría ir en detrimento de los pacientes oncológicos y del propio sistema público de salud»¹.

Como grupo de dermatólogos con años de trabajo en dermatooncología encontramos este pronunciamiento no solo desafortunado y oportunista, sino generador de

incertidumbres innecesarias a las personas con cáncer, a las que los diferentes especialistas y unidades venimos atendiendo desde hace décadas. En este sentido sería necesario que la SEOM explicitara los «detrimentos» a los que se expone a pacientes y al Sistema Nacional de Salud si cualquier otro especialista dedicado a las personas con cáncer tiene a bien, en uso de su facultad, responsabilidad y ética emplear un tratamiento antitumoral autorizado, comercializado e incluido en la guía farmacoterapéutica de cada centro. Entendemos que se trata de una afirmación que traduce una estrategia defensiva, sin base científica alguna, y que puede ser fácilmente rebatida no solo por la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: david.moreno.ramirez.sspa@juntadeandalucia.es

(D. Moreno-Ramírez).

dermatología, sino por cualquier otra disciplina dedicada a la atención a las personas con cáncer. Destacamos lo desafortunado del mensaje, y no podemos dejar de mencionar la amenaza que esta convicción representa a la multidisciplinariedad que debe regir la atención a las personas con cáncer; multidisciplinariedad que por otra parte está globalmente aceptada y de forma particular por nuestra propia administración sanitaria como estándar de atención a las personas con cáncer². Desde esta perspectiva este párrafo, y otros del posicionamiento, requerirían una aclaración o enmienda inmediata.

Pero volviendo al cáncer de piel la SEOM plantea públicamente serias dudas sobre la capacidad, habilidad y conocimientos del dermatólogo y cualquier otro especialista para tratar con un medicamento a una persona con cáncer de piel. La SEOM obvia que el dermatólogo, y otros especialistas, llevan haciendo este trabajo desde hace décadas en nuestro país y en los centros más destacados en Europa, incluso mucho antes de que la oncología médica viera el cáncer de piel como un tipo de tumor potencialmente interesante, interés que curiosamente coincidió con el inicio de los ensayos clínicos en este campo. Hasta hace pocos años, no más de una década, los dermatólogos a cargo de las unidades de melanoma —también curiosamente sustentadas por dermatólogos— teníamos, en muchos casos, grandes dificultades para implicar al oncólogo médico en el estudio y tratamiento de los pacientes con melanoma. De la misma forma resulta inusitado el interés actual del oncólogo médico por el carcinoma basocelular, un cáncer completamente desconocido para dicha disciplina hasta este momento. Por tanto, nos resulta llamativa y oportunista esta autoproclamación de la SEOM como garante de las personas con cáncer, cuando la historia reciente ha trascendido por un camino sensiblemente diferente en lo que respecta al cáncer cutáneo. Estos pacientes se han encontrado en España perfectamente atendidos por el dermatólogo, como coordinador de un grupo de profesionales entre los que se encuentran oncólogos radioterápicos, cirujanos, médicos nucleares, radiólogos, patólogos, biólogos moleculares y, por supuesto, oncólogos médicos. No en vano diferentes equipos de dermatología de nuestro país están posicionados entre los grupos internacionales más destacados en este campo.

La dermatología es una especialidad medicoquirúrgica y organoespecífica, que tiene como objeto de estudio las enfermedades de la piel y sus consecuencias, independientemente del mecanismo etiopatogénico y tratamiento de las mismas y, entre ellas, de forma específica, el cáncer de piel y sus consecuencias, así como las manifestaciones de otros cánceres sobre la piel³.

El dermatólogo, por su conocimiento sobre las bases genéticas e inmunológicas del cáncer de piel, por el conocimiento de la historia natural de estos tumores, así como de las diferentes técnicas diagnósticas (dermatoscopia, microscopía confocal, ecografía) y terapéuticas (inmunoterapia, tratamiento tópico inmunomodulador, tratamiento quirúrgico, tratamientos regionales, intratumoral, tratamiento sistémico) se encuentra perfectamente posicionado y formado para continuar ofreciendo al paciente con cáncer de piel un plan terapéutico y de seguimiento adecuado a sus necesidades, e integrador no solo de tratamiento sistémico (marginal en el cáncer de piel), sino de otras numerosas

opciones actualmente disponibles. No obstante, no podemos reivindicar, como sí hace la SEOM, que seamos los únicos que tengamos que atender en todo momento a la persona con cáncer cutáneo.

El cáncer no es solo una enfermedad para la que existe un tratamiento médico, como se puede extraer del posicionamiento de la SEOM. La persona con cáncer y su entorno más cercano atraviesa diferentes situaciones desde el diagnóstico y tratamiento inicial, seguimiento, hasta progresión local, locoregional y a distancia, que requieren un plan de atención situacional, en el que participen de forma activa profesionales de diferentes disciplinas, con roles concretos (médicos, cirujanos, oncólogos radioterápicos, radiólogos, enfermeros, médicos de familia, de cuidados paliativos y psicólogos), todos en perfecta coordinación con el único objetivo de curar cuando sea posible, mejorar en muchos casos, paliar en otros y acompañar siempre a la persona con cáncer y su entorno en este todavía duro itinerario. Erigirse como comandante único de esta travesía, infravalorando el papel que otros actores desempeñamos en la lucha sin cuartel contra el cáncer, no solo aleja a la SEOM de la lógica colaborativa que gobierna la medicina moderna, sino que involucra a las personas con cáncer en una reivindicación corporativista.

¿Piensa la SEOM que en un futuro que esperemos no lejano, en el que el cáncer pueda tratarse con medicamentos de diversa naturaleza desde los estadios iniciales, la dermatología va a dejar de ocuparse del estudio, investigación y atención de las personas con cáncer de piel? Tenemos un ejemplo propio reciente. Hace 14 años se inició la revolución del tratamiento de la psoriasis. Hasta entonces la psoriasis se trataba fundamentalmente con tópicos, fototerapia, acitretina, metotrexato y ciclosporina (sirva este listado para ilustrar la nada despreciable experiencia del dermatólogo en el uso de medicamentos inmunosupresores e inmunomoduladores con perfil de toxicidad relevante). A partir de entonces, con la incorporación de los antiTNF, y de las moléculas que les sucedieron (anti-il12-23, anti-il17, etc.) el dermatólogo comenzó a utilizar con éxito un grupo de medicamentos que proporcionaban beneficios evidentes a las personas con psoriasis, aunque con un perfil de toxicidad que incluía tuberculosis, legionelosis, enfermedades desmielinizantes o citopenias, entre otras. Recurriendo al argumentario de la SEOM ¿deberíamos en ese momento haber comenzado a remitir a los pacientes para que fueran tratados exclusivamente por inmunólogos o internistas?

Alude la SEOM en su documento que el hecho de que los ensayos clínicos de registro de terapias antineoplásicas hayan sido desarrollados en servicios y unidades de oncología médica los habilita, frente a otros especialistas, a continuar siendo ellos los únicos que pueden indicar y emplear estos medicamentos. El argumento no solo resulta igualmente débil, sino que pone en riesgo a numerosos servicios y unidades de oncología médica que no participan de forma general en ensayos clínicos, y que por tanto, y según la propia SEOM, no estarían habilitados ni capacitados para el uso de estos medicamentos una vez sean comercializados. La experiencia de la dermatología con los biológicos para la psoriasis (y con rituximab para enfermedades ampollasas o bexaroteno para linfomas, entre otros muchos fármacos) nos dice que estos medicamentos no solo pueden ser empleados

por aquellos servicios que los ensayaron, sino por cualquier médico con interés en conocerlos y adquirir las habilidades necesarias para utilizarlos con seguridad y resultados clínicos.

En su posicionamiento la SEOM insiste en los ensayos clínicos como vehículo hacia la capacitación, a sabiendas de que la industria farmacéutica del sector ha hecho bloque común en una actitud claramente limitante del desarrollo profesional y científico de otras áreas de conocimiento, actitud que no hace más que deslegitimar el argumento de que «El acceso a los ensayos clínicos con nuevos fármacos antitumorales (que se realizan en su inmensa mayoría en los servicios de oncología médica) es un derecho de los pacientes oncológicos»¹. Se equivoca de nuevo la SEOM en esta defensa. El auténtico y legítimo derecho de las personas con cáncer es a que garanticemos en todo momento los principios éticos que deben regir nuestras actuaciones: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En cualquier situación clínica, aquella opción terapéutica, sea experimental o no, que cumpla con estos principios debe ser la primera opción a plantear. Y este es el trabajo que los comités multidisciplinares deben desarrollar para el bien de las personas con cáncer, que no es otro que analizar desde esta perspectiva bioética el plan terapéutico a plantear, lejos de agendas personales y otros intereses.

El posicionamiento de la SEOM destaca que «La administración de tratamientos antitumorales de cualquier tipo sin el adecuado conocimiento sobre la farmacología de los mismos puede poner en un riesgo innecesario a los pacientes por fallos en ajustes de dosis o por deficiente manejo de los efectos secundarios»¹. El dermatólogo, como cualquier especialista, mantiene su condición de médico, sin que se pueda interpretar por el hecho de no ser oncólogo médico que no está facultado ni es responsable de sus decisiones terapéuticas. En este caso la capacitación no la otorga exclusivamente la especialidad, oncología médica en este caso, sino la responsabilidad y obligada *lex artis* bajo la que cualquier facultativo toma sus decisiones, sin mencionar otros aspectos básicos, como la libre prescripción del médico, ampliamente recogida por la legislación española. En cuanto a las toxicidades derivadas de estos tratamientos, la SEOM podría preguntar a los servicios y unidades de oncología médica qué protocolos aplican para la atención a las mismas, ya que probablemente se sorprenda con que estas toxicidades se atienden en la mayoría de los pacientes mediante solicitudes de consulta a otras especialidades (a dermatología, entre otras, por la frecuente toxicidad dermatológica de estos medicamentos).

No menos desafortunado, sesgado y confuso para las personas con cáncer es el párrafo en el que se afirma que «... creemos que los pacientes oncológicos tienen derecho a exigir que su enfermedad sea siempre evaluada y el curso de su enfermedad manejado en la mayoría de los casos por el oncólogo médico, contando por supuesto siempre con decisiones tomadas en el contexto del manejo multidisciplinar del cáncer en el seno de los comités de tumores, ya que otros especialistas deben también participar en el manejo del enfermo»¹. Aunque es obvio que este párrafo no afectaría a la atención que el dermatólogo presta a las personas con cáncer de piel, sirve para revisar algunos conceptos generales sobre la atención a estos pacientes. El tratamiento quirúrgico continúa siendo la primera opción terapéutica a

valorar en un paciente con cualquier tipo de cáncer de piel, incluido el melanoma. En el tumor primario, como ante cualquier recaída que pueda considerarse resecable, la cirugía es la primera opción y la que ha demostrado capacidad de curación. Es por ello que esta exclusividad que el oncólogo médico exige no sea razonable, realista ni posible, habida cuenta de los limitados conocimientos que por naturaleza y cuerpo de conocimiento posee sobre aspectos quirúrgicos básicos. Más aún, el melanoma genera progresión metastásica visceral en alrededor del 20% de los pacientes. Es decir, que el 80% de las personas con melanoma van a presentar un escenario clínico (estadio I, II, III e incluso M1a) para el que el dermatoncólogo no solo está capacitado, sino que cuenta en numerosas unidades de dermatología con la tecnología necesaria para ofrecer un plan terapéutico completo, que incluya opciones médicas y quirúrgicas, y consensuado en el contexto del comité multidisciplinar de melanoma. En el caso del carcinoma basocelular el 95% de los tumores se resuelven quirúrgicamente de forma satisfactoria, y la progresión metastásica de este tumor es excepcional. Incluso los casos más avanzados se han venido tratando, después de complejas intervenciones quirúrgicas, con la ayuda del oncólogo radioterápico. En términos de complejidad y complicaciones la cirugía y radioterapia empleada hasta ahora en el carcinoma basocelular avanzado supera sobradamente la complejidad derivada del uso, por ejemplo, de vismodegib.

Insiste la SEOM en que el oncólogo médico es «el especialista con mayor conocimiento y formación sobre todas las opciones posibles de tratamiento antitumoral (oral y no oral)»¹, en un argumento claramente interesado por cuanto hace referencia directa a las nuevas terapias intratumorales. ¿Desde cuándo ha tenido interés el oncólogo médico en el tratamiento intratumoral con bleomicina, metotrexato o 5FU del cáncer cutáneo no melanoma en pacientes frágiles no quirúrgicos?, ¿y de la infiltración intratumoral con interleucina-2 en pacientes con melanoma con metástasis cutáneas?, ¿y en el tratamiento inmunomodulador tóxico del cáncer epitelial?

Otros argumentos más peregrinos se basan en aspectos estructurales de los centros haciendo referencia a la necesaria existencia de oncólogo de guardia, o de hospitales de día oncológicos. De nuevo, la SEOM debería ser conocedora de la amplia variabilidad estructural de los diferentes centros y de los servicios de oncología médica de nuestro territorio. De nuevo, este argumento representa un limitante claro para aquellos servicios de oncología médica que no disponen de oncólogo de guardia o de hospital de día específico, como ocurre en algún centro de procedencia de algunos de los firmantes de este artículo, servicios de oncología en los que según la SEOM no se deberían emplear tratamientos antitumorales.

En conclusión, rechazamos el posicionamiento de la SEOM en tanto que representa una amenaza para el estándar más aceptado para la atención a las personas con cáncer, y que no es otro que el trabajo multidisciplinar colaborativo, integrador, solidario, transparente y con un objetivo común: poner a disposición de la persona enferma todos aquellos recursos (profesionales, tecnológicos, terapéuticos, etc.) que puedan proporcionarle curación y/o bienestar. En este sentido, el oncólogo médico, como otros especialistas, es parte necesaria, aunque sin la exclusividad injustificadamente

autootorgada. Probablemente hubiera sido más constructivo destacar el valor que añade el oncólogo médico a la persona con enfermedad metastásica junto con los profesionales de las unidades de cuidados paliativos y oncología radioterápica. Consideramos que hubiera sido del máximo interés abordar la definición de roles y en qué escenarios clínicos son necesarios cada uno de ellos, por lo que no podemos compartir este intento de la SEOM de asumir la totalidad de los roles necesarios durante la atención a la persona con cáncer. Reducir la complejidad de la atención a la persona con cáncer a un debate de exclusividad para la prescripción de un medicamento es simplificar al extremo un problema de salud pública sobre el que necesitamos continuar avanzando. Por la responsabilidad que ostenta en este campo no debería ser la SEOM la generadora de debates que nos debiliten frente a nuestro objetivo y enemigo común, que no es otro que el cáncer.

Bibliografía

1. El papel del oncólogo médico en el tratamiento de los pacientes con cáncer: posicionamiento de la SEOM. Junio 2017 [consultado 15 Jun 2017]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Posicionamiento_SEOM_tratamiento_del_cancer.pdf
2. Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [consultado 15 Jun 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf
3. Orden SCO/2754/2007, de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. BOE núm. 230 de 25 septiembre 2007 [consultado 15 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/dermatologiaMedicoQuirurVenerologia.pdf>