

La desensibilización, una opción más que eficaz en alérgicos a la quimioterapia

Además de ahorro económico, datos preliminares apuntan beneficios clínicos frente a segundas líneas

ROCÍO CHIVA
Madrid

El primer caso de desensibilización a un fármaco data de mediados del siglo pasado y se le realizó a una mujer embarazada y alérgica a la penicilina para evitar malformaciones en el feto. Pero, pese a lo importante de este descubrimiento, esta técnica se “olvidó en un cajón” durante décadas hasta que, como explica la propia Mariana Castells, directora del Programa de Desensibilización del Dana Farber/Brigham and Women's Cancer Center, en un artículo publicado por la Universidad de Harvard, ella misma lo desempolvó durante una beca en el centro en el que ahora trabaja.

Partiendo de un modelo de desensibilización a alérgenos creado a raíz de sus investigaciones sobre mastocitos—y que ya había probado previamente con antibióticos—, Castells comenzó entonces a investigar en la desensibilización a fármacos quimioterápicos en pacientes que habían experimentado una reacción alérgica inmediata durante su administración, con el objetivo de que pudieran recibir el tratamiento completo. Además, Castells promovió la creación de un registro de desensibilización en el que ya hay “más de 15 hospitales españoles incluidos aportando datos”, apunta Enrique Martí, jefe de Servicio de Alergología del Hospital Sant Joan Despí y coordinador de la Unidad de Desensibilización del Instituto Catalán de Oncología (ICO).

En los hospitales en los que sí se ofrece esta posibilidad, Arantza Vega, jefe del Servicio de Alergología del Hospital de Guadalajara y miembro del Comité de Alergias a Medicamentos de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (Seaic), explica que el oncólogo que se encuentra con “un paciente con alergia a un quimioterápico básico para su tratamiento y para su supervivencia, insustituible” lo deriva al servicio de Alergología, donde un equipo de profesionales valora la posibilidad de realizar una desensibilización, ya que esta no está indicada en todos los casos.

Como explica Vega, este procedimiento no puede realizarse en pacientes con reacciones graves de tipo ampolloso, que suelen ser más tardías, y en las que “existen cuadros graves de afectación de mucosas e incluso afectación de órganos, lo cual puede desembocar en una hepatitis, una nefritis o una neumonitis”. Asimismo, Vega destaca la conveniencia de no realizar este procedimiento en pacientes que desarrollen un síndrome de Steven Johnson, una necrolisis epidérmica tóxica o un síndrome de Dress. Al menos de momento, ya que Vega señala que existe investigación acerca de las posibles causas genéticas que podrían estar detrás de estas reacciones.



Arantza Vega, miembro del Comité de Alergias a Medicamentos de la Seaic; Enrique Martí, coordinador de la Unidad de Desensibilización del Instituto Catalán de Oncología.



Superados esos criterios de inclusión, Martí habla de tasas de éxito cercanas al 98 por ciento, al menos en su centro.

Pero el trabajo del alergólogo no acaba en la preparación de una pauta que permita al paciente alérgico completar la dosis total de tratamiento, sino que también es el encargado de supervisar un ciclo de administración de quimioterapia que puede durar entre cuatro y diez horas dependiendo del tipo de paciente, frente a los entre veinte minutos y una hora que suele durar una sesión de este tipo en un paciente no alérgico. Así, explica Vega, “empezamos por dosis mínimas, que pueden variar entre la dilución de uno por mil o uno por diez mil de la dosis total—en un paciente al que se están administrando 250 miligramos de una dosis total de 300, empezamos por una dosis de 0,001 miligramos, por ejemplo— y vamos doblando la dosis en una pauta que puede variar entre ocho y 14 pasos dependiendo del tipo de reacción y del tipo de fármaco, hasta alcanzar la dosis total que necesita el paciente”.

Es importante que el alergólogo esté presente durante todo el ciclo porque, desgraciadamente, es posible que se produzcan reacciones alérgicas también durante la desensibilización. Si bien suelen ser más transitorias y la mayoría de la veces es suficiente con detener la infusión o, en algunos casos, administrar algún fármaco, estas “nuevas” reaccio-

nes alérgicas pueden servir al especialista para diseñar una nueva pauta de administración capaz de evitarlas en el siguiente ciclo de quimioterapia.

Ahorro económico

Además de una muy probable mayor eficacia clínica de la desensibilización frente a la administración de la segunda línea de tratamiento, a tenor de los resultados preliminares de un estudio presentado por Castells durante el Encuentro Internacional sobre Desensibilización Sistemática celebrado a finales de noviembre en Barcelona y cuyos resultados definitivos se conocerán dentro de un año aproximadamente, lo que sí ha demostrado esta técnica es un importante ahorro en costes directos.

Si bien es cierto que el estudio tiene una muestra de pacientes muy pequeña (15), Martí destaca las cifras de ahorro registradas con ellos: 76.170 euros. De esta suma, 18.920 euros se desprenden de las diez pacientes con cáncer de ovario y endometrio tratadas en primera línea con la combinación de carboplatino y paclitaxel, cuyo coste total (6 ciclos) es de 158,76 euros, frente a lo que habría costado tratar a estas pacientes con la combinación en segunda línea de carboplatino y doxorubicina, que asciende (también en seis ciclos) a 2.051,82 euros. De esta manera, administrar el tratamiento en primera línea ahorra 1.892,06 euros por paciente, lo que

supone un total de 18.920 euros si sumamos a las diez pacientes. Además, más allá de criterios economicistas, la técnica de desensibilización en carboplatino se muestra especialmente relevante, ya que la administración de este agente es fundamental en cáncer de ovario porque este se suele detectar ya en estadios bastante avanzados.

En cuanto a los cinco pacientes restantes del estudio del ICO, se les desensibilizó para la primera línea de tratamiento con oxaliplatino (folfox) para cáncer colorrectal, con un coste total por 12 ciclos de 204 euros por paciente. Un precio que contrasta con los 11.654,31 euros que habría costado tratar a estos mismos pacientes en segunda línea con cetuximab, también en 12 ciclos. Una diferencia de precio que supone un ahorro por paciente de 11.450 euros y que, sumado, asciende a un ahorro total de 57.250 euros. Una cifra que se habría visto incrementada notablemente, llegando a los 70.628 euros de ahorro si, en vez de oxaliplatino y cetuximab, se hubiera comparado una primera línea de tratamiento con irinotecán (folfiri) con una segunda con bevacizumab (568,40 euros frente a 14.694 euros).

La duda aquí es por qué, si las ventajas clínicas y económicas son tan evidentes, no se realiza en todos los casos. En opinión de Vega, en muchas ocasiones, la respuesta es simplemente “el desconocimiento de que esto es una opción viable”.