

Transcript Details

This is a transcript of a continuing medical education (CME) activity. Additional media formats for the activity and full activity details (including sponsor and supporter, disclosures, and instructions for claiming credit) are available by visiting:

<https://reachmd.com/programs/cme/la-estrategia-a-largo-plazo-como-dominar-la-secuenciacion-del-tratamiento-en-toda-la-continuidad-de-la-enfermedad/36718/>

Released: 08/15/2025

Valid until: 08/15/2026

Time needed to complete: 1h 06m

ReachMD

www.reachmd.com

info@reachmd.com

(866) 423-7849

La estrategia a largo plazo: cómo dominar la secuenciación del tratamiento en toda la continuidad de la enfermedad

Dr. Cho:

Esto es CME on ReachMD, y yo soy el Dr. Cho. Hoy me acompañan la Dra. Leighl y el Dr. Kerr.

Dra. Leighl, ahora analicemos el caso de un paciente que ha sido tratado con osimertinib en primera línea. ¿Qué nos puede decir acerca de su paciente?

Dra. Leighl:

Gracias. Este es un caso mío reciente, una mujer defensora de pacientes muy educada e informada. Se le diagnosticó cáncer de pulmón con mutación de delección del exón 19 del RFCE. Tuvo afectación ósea y pulmonar y recibía tratamiento con osimertinib.

Recuerdo nuestra conversación a los 18 meses. Convoco a mis pacientes, si están bien, cada tres meses aproximadamente; hacemos imágenes y una evaluación clínica. Y a los 18 meses, estaba muy ansiosa. Me dijo: «Necesito mi tomografía. Necesito verla. Estoy muy estresada». Repasamos todo y estaba bien; siguió teniendo una muy buena respuesta al osimertinib. Me dijo que parte de su ansiedad se debía a que esta era la mediana en FLAURA cuando los pacientes comenzaban a mostrar progresión. Al mes 21, me llamó y me dijo: «Algo anda mal. Creo que tengo neumonía o algo por el estilo. ¿Puedo ir a verla?» Le dijimos que sí, y tal cual, tenía una tos importante, tos seca, más disnea. No se veía bien. Hicimos una radiografía, de muy alta tecnología en Canadá y mostraba una clara progresión de la enfermedad. Pudimos acelerar sus TC, que indicaron una marcada progresión pulmonar.

Así que tuvimos que tomar decisiones. Pudimos conseguirle una broncoscopia urgente y una muestra muy rápida. Tras hablar con ella, acordamos empezar con el tratamiento sistémico y luego ajustar nuestro plan en función de los resultados anatomopatológicos y moleculares que se obtuvieran más adelante. Creíamos que no podíamos esperar. La radioterapia sola no iba a ser una buena opción en función de la progresión y la extensión de la enfermedad.

En ese momento me dijo: «Sé que el platino ha sido el tratamiento de referencia. Sé que con MARIPOSA-2, queremos amivantamab y quimioterapia». En Canadá, teníamos un programa donde podíamos acceder a eso.

Y fuimos muy afortunadas. Pudimos organizarlo todo muy, muy rápido y comenzar con amivantamab y quimioterapia.

Algo que me encanta de este tratamiento es que es tanto dirigido como no dirigido. No se requieren biomarcadores para iniciarlo, pero es evidente que aporta algo más que la quimioterapia. También es específico para RFCE y MET. Así que cubre una amplia gama de mecanismos de resistencia.

Mejoraron sus síntomas. Afortunadamente, la revisión anatomopatológica indicó adenocarcinoma. Curiosamente, con el tiempo, recibimos el resultado de la NGS y seguimos encontrando la delección del exón 19 del RFCE. Y lo único más que encontramos fue una mutación en la beta-catenina, pero nada más, CTNNB1.

Así que no tuvimos que cambiar el tratamiento; amivantamab más quimioterapia ya estaba funcionando. Entonces, incluso si hubiera encontrado otra cosa, uno podría preguntarse: ¿habría cambiado el tratamiento? Probablemente no, dado que tiene beneficios clínicos.

Ya han pasado varios meses. Ha tenido una muy buena respuesta parcial con la pauta COCOON. Y, por supuesto, mucho más fácil para ella, en cuanto a la carga para el paciente.

Dr. Kerr, siempre es un reto obtener ese diagnóstico molecular. ¿Algún comentario sobre este caso o cosas que estén haciendo?

Dr. Kerr:

Sí, gracias, Dra. Leighl. Su caso plantea una serie de cuestiones con las que solemos enfrentarnos, la más importante de ellas es nuestra capacidad de obtener una biopsia de tejido al momento de la recaída. Como ha señalado, tomando como ejemplo a esta paciente, las cosas avanzaron muy rápidamente y, según el acceso que se tenga a una modalidad diagnóstica, puede resultar muy difícil obtener la muestra y analizarla a tiempo, lo que plantea todas las cuestiones que ya hemos tratado en relación con los tiempos de respuesta del laboratorio.

Tanto para las decisiones terapéuticas individuales como para la práctica en general, si es posible conseguir algún material para obtener información sobre posibles mecanismos de resistencia, es una buena idea intentar hacerlo.

Dr. Cho:

Creo que coincido con su enfoque en esto, Dra. Leighl. A veces vemos que el estado de nuestros pacientes se deteriora demasiado rápido como para obtener tejido tumoral o incluso resultados de NGS en plasma a tiempo.

Por eso creo que, sin una opción de tratamiento dirigido basado en biomarcadores disponible en la actualidad en el contexto de segunda línea tras la progresión con osimertinib, creo que la pauta más eficaz es la de MARIPOSA-2. Bueno, ha sido un debate magnífico. Nos hemos quedado sin tiempo. Gracias por escucharnos. Muchas gracias.