

Transcripción del podcast
Cáncer de ovario: dificultades en la fase preanalítica y pruebas de biomarcadores

Moderado por:



Dres. Rahul y Rohit Gosain, los Oncology Brothers.

Conducido por:

Dra. Martina Murphy, médica oncóloga y profesora adjunta de Medicina de la Universidad de Florida, Estados Unidos.

Dra. Caterina Marchiò, profesora adjunta de Anatomía Patológica del Candiolo Cancer Institute FPO-IRCCS de la Universidad de Turín, Italia.

Presentado por:

Tonke de Jong, COR2ED.

Información importante:

Los podcasts de PRECISION ONCOLOGY CONNECT están diseñados para verlos o escucharlos. Si puede hacerlo, le recomendamos que escuche el audio, ya que incluye emociones y entonaciones que las palabras escritas no transmiten con tanta facilidad. Las transcripciones están editadas para una lectura más fluida. Verifique el audio correspondiente antes de citarlo en publicaciones impresas.

Este podcast es una iniciativa de COR2ED y fue creado por PRECISION ONCOLOGY CONNECT, un grupo de expertos internacionales que trabajan en el campo de la oncología de precisión. Cuenta con el apoyo de una subvención educativa independiente de AstraZeneca y Amoy Diagnostics.

Las posturas expresadas son opiniones personales de los expertos. No representan necesariamente los puntos de vista de la institución de los expertos o del resto del grupo PRECISION ONCOLOGY CONNECT.

Para conocer las declaraciones de los expertos sobre cualquier conflicto de interés, visite el sitio web de COR2ED.

Tonke de Jong (COR2ED)

Las dificultades en la fase preanalítica representan la mayoría de la variabilidad en el trabajo analítico y pueden afectar los resultados de las pruebas de biomarcadores y la seguridad del paciente, y aumentar los costos de los laboratorios. Es importante destacar dónde pueden repercutir las dificultades preanalíticas y también cómo resolverlas.

Este es el último episodio de una serie de tres partes sobre las dificultades en la fase preanalítica y las pruebas de biomarcadores. En este episodio, nos centramos en el cáncer de ovario.

Este pódcast es una iniciativa de COR2ED y cuenta con el apoyo de una subvención educativa independiente de AstraZeneca y Amoy Diagnostics. COR2ED se honra en presentarles a los Oncology Brothers, los Dres. Rahul y Rohit Gosain, los moderadores de la charla de hoy, a la Dra. Caterina Marchiò, anatomopatóloga y profesora adjunta del Candiolo Cancer Institute, y a la Dra. Martina Murphy, oncóloga y profesora adjunta en la Universidad de Florida.

Dr. Rahul Gosain (Oncology Brothers)

Hola a todos. Soy Rahul Gosain.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Y yo soy Rohit Gosain.

Dr. Rahul Gosain (Oncology Brothers)

Somos los Oncology Brothers. Como médico oncólogo general, tenemos que estar al día con todo lo que sucede en el ámbito de las neoplasias hemáticas y sólidas. Con casi 20 000 diagnósticos en los Estados Unidos y más de 300 000 casos nuevos en todo el mundo cada año, el cáncer de ovario es una enfermedad a la que hay que prestarle atención. Para mejorar la atención de nuestros pacientes, es importante para nosotros reconocer todas las dificultades en la fase preanalítica y las pruebas de biomarcadores en el cáncer de ovario. Para hablar sobre este tema hoy, nos acompañan la Dra. Martina Murphy, médica oncóloga, profesora adjunta de Medicina y directora del programa de formación de especialistas de la Universidad de Florida, y la Dra. Caterina Marchiò, anatomopatóloga y profesora adjunta del Candiolo Cancer Institute en Italia. Martina y Caterina, bienvenidas.

Dra. Martina Murphy

Muchas gracias por invitarnos.

Dra. Caterina Marchiò

Sí, gracias. Es un placer para nosotras estar con ustedes hoy.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Martina y Caterina, muchísimas gracias por comunicarse con nosotros. Caterina, como médica oncóloga, antes de comenzar a hablar sobre las opciones de tratamiento con nuestros pacientes, hay muchas cosas que se deben hacer para obtener el diagnóstico correcto. La identificación acertada de los biomarcadores es fundamental, ya que influye en las decisiones de tratamiento. Sin embargo, desde la obtención de tejido hasta el análisis de biomarcadores, es un proceso algo complicado que puede afectar el diagnóstico y las decisiones de tratamiento, ya que se basa en mutaciones hereditarias y somáticas para decidir el tratamiento. Antes de continuar, Caterina, ¿podría aclarar la diferencia entre las mutaciones hereditarias y las mutaciones somáticas?

Dra. Caterina Marchiò

Absolutamente, Rohit, creo que es una gran manera de abrir la charla. De hecho, todos los días nos enfrentamos con pruebas diagnósticas donde se analizan mutaciones hereditarias o somáticas en dos genes principales: *BRCA1* y *BRCA2*. Es una buena idea empezar con las definiciones. Cuando hablamos de una mutación hereditaria, significa que una alteración en el ADN afectó las células germinales y las células reproductivas, y esa alteración está

presente en cada célula del cuerpo. Como esta alteración está presente desde el nacimiento, porque se hereda de nuestros padres, desgraciadamente, aumenta el riesgo de presentar cáncer de ovario y carcinoma de mama. Por otro lado, una mutación somática significa que la alteración en el ADN afectó una célula después del nacimiento debido a, por ejemplo, factores ambientales o exposición a distintas toxinas. Este tipo de mutación solo se encuentra en las células tumorales. Al final del día, nos interesan las mutaciones hereditarias y las somáticas que afectan los genes *BRCA1* y *BRCA2* porque, independientemente de su origen, sabemos que, si hay presencia de estas mutaciones en una paciente con cáncer de ovario, tenemos opciones terapéuticas que Martina nos contará más adelante.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Muchísimas gracias, Caterina. Martina, ¿le gustaría sumar algo desde el punto de vista clínico? ¿Estas mutaciones tienen implicaciones en los pacientes en cuanto a su tratamiento?

Dra. Martina Murphy

Excelente pregunta. Antes que nada, muchas gracias por sumarme a esta conversación. Como mencionó Caterina, los análisis de estos biomarcadores tumorales son fundamentales a la hora de informarnos sobre los posibles tratamientos dirigidos para nuestras pacientes con cáncer de ovario. Por lo que asegurarnos de que se evalúen los elementos correctos, se evalúen con precisión, y que los análisis sean accesibles para todas nuestras pacientes es de suma importancia. Para responder a su pregunta, me gustaría mencionar rápido los biomarcadores principales de importancia clínica en la actualidad. Es cierto que la ciencia cambia todos los días, pero hoy, para el cáncer de ovario, tenemos los *BRCA1* y *BRCA2*, como dijo Caterina. Los análisis de la estirpe germinal de detección de *BRCA* son muy importantes en el cáncer de ovario. También los análisis somáticos, pero la estirpe germinal en particular porque nos informa sobre las decisiones de tratamiento y las estrategias de reducción de posibles riesgos para las pacientes y para sus familias. También se observó que existen otras variantes del gen que son similares a *BRCA* y dan lugar a deficiencia de recombinación homóloga (HRD) que son importantes conocer. En general, los análisis de *BRCA* y el estado de HRD son importantes cuando se trata de determinar la elegibilidad para recibir inhibidores de PARP y conocer la magnitud de su beneficio, tras una quimioterapia basada en platino. Otro biomarcador importante y más novedoso es el receptor alfa de folato. El receptor alfa de folato está presente en alrededor del 35 % al 40 % de los casos de cáncer de ovario. Cuando está presente, sí tenemos un tratamiento con el fármaco mirvetuximab soravtansina, que se aprobó el año pasado. Es un conjugado anticuerpo-fármaco que se dirige al receptor alfa de folato y es una opción de tratamiento para mujeres que tienen cáncer de ovario resistente al platino cuyos tumores expresan el receptor alfa de folato. Por último, la inmunoterapia no se utiliza mucho en el cáncer de ovario actualmente. Pero conocer el estado de la vía reparadora (MMR) es importante en esta población, en especial las pacientes que presentan una enfermedad resistente al platino recurrente. Si alguien presenta una alteración de la vía reparadora, es cierto que la inmunoterapia es una opción.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Martina, Caterina, muchísimas gracias por cubrir ese tema. Recientemente, también vimos recomendaciones más amplias de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) en cuanto a los análisis para estas pacientes, en especial para los casos de cáncer de mama,

pero es importante para nosotros determinar esas mutaciones hereditarias en los genes *BRCA1* y *BRCA2*. De nuevo, Martina, usted mencionó el receptor alfa de folato, que es un buen ejemplo de una mutación somática que podemos identificar.

Un abordaje multidisciplinario es fundamental en todos los tipos de cáncer. Cuando se trata del cáncer de ovario, incluso en estadios avanzados, la cirugía puede ser de gran ayuda para obtener muestras de tejido más grandes o realizar una citorreducción. Caterina, volviendo a la biopsia, ¿es suficiente el tejido de una biopsia con aguja fina (FNA)?, ¿o se tienen que hacer más análisis en la muestra quirúrgica tras la cirugía?

Dra. Caterina Marchiò

Diría que para los anatomopatólogos lo mejor es tener más tejido. Siempre solicitamos más información de nuestros radiólogos y cirujanos. Nos complace mucho trabajar con cirujanos porque nos posibilita tener muestras que son más celulares y más abundantes en células tumorales. Cuando trabajamos con la biopsia quirúrgica, es mucho mejor. Sin embargo, diría que a veces una FNA o una punción evacuadora también pueden ser una fuente de células tumorales. Al final, nos interesan las células tumorales cuando hacemos una secuenciación de última generación (NGS). Por lo que incluso las células puras que se obtienen de líquidos corporales podrían ser una opción, en especial cuando hay ascitis, podrían ser una fuente de células tumorales que también pueden ser muy abundantes en términos de celularidad. En ocasiones, podemos hacer una biopsia pequeña por vía percutánea. Tratamos de hacer lo mejor con el tejido disponible, ya que no queremos producir mucho malestar en los pacientes. Al final, es una cuestión de equilibrio entre lo que se puede hacer para el paciente y lo que podemos obtener. Diría que tener una buena cantidad de tejido garantiza que el trabajo con la muestra de tejido sea más satisfactorio. Cuando comenzamos con la elaboración del perfil, por ejemplo, una prueba de NGS, será un proceso largo, a veces toma semanas. No queremos fallar al final por un problema relacionado con la celularidad tumoral. Cuando comienzan las pruebas de NGS, los anatomopatólogos deben estar seguros de que la muestra sea correcta, adecuada y tenga buena celularidad, y que sea de buena calidad. Una prueba puede fallar no solo por cantidad insuficiente de células, sino también porque las células no estaban bien conservadas. En el contexto de este pódcast para analizar los problemas preanalíticos relacionados con este tipo de muestra, la conservación de las muestras de tejido es muy importante.

Dr. Rahul Gosain (Oncology Brothers)

Caterina, ¿puede darnos más información sobre algunos problemas clave que se pueden encontrar con la obtención y el procesamiento de tejido de cáncer de ovario, y algo que podamos aprender de eso?

Dra. Caterina Marchiò

Sí, por supuesto. Cuando hablamos de los tipos de muestras, es importante considerar cómo se deben manejar y manipular una vez obtenidas. Como anatomopatólogos, solemos obtener las muestras de los radiólogos o los cirujanos. Lo mejor es mantener una buena comunicación con ellos para garantizar un proceso de trabajo fluido para el transporte de las muestras. Un transporte rápido es fundamental porque debemos determinar si son recientes o no. Si son recientes debemos fijarlas de inmediato, y la fijación es de suma importancia en este contexto. Usamos formol para la fijación, idealmente formol neutro al

10 %, que es el fijador recomendado en todos los lineamientos para evaluar los distintos biomarcadores en anatomía patológica para los pacientes con cáncer, no solo las pacientes con cáncer de ovario. Debemos corroborar que el proceso de fijación se haga correctamente, en el intervalo recomendado de 6 a 72 horas como máximo. Para las muestras pequeñas, se necesitan al menos 6 horas antes de verificar la muestra, y para las muestras más grandes, no se deben superar las 72 horas. Estos lineamientos son fundamentales porque, si bien se necesita formol para fijar la muestra, también puede afectar los ácidos nucleicos, como el ADN. Como estamos hablando de pruebas de NGS, donde se analizan secuencias de ADN, es importante recordar que el ADN se fragmenta con la fijación con formol, y se pueden modificar las bases del ADN. Por lo tanto, debemos asegurarnos de que la duración de la fijación sea adecuada para evitar problemas como una fijación excesiva o una fijación escasa, ya que esto puede afectar los resultados.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Martina, otra herramienta que tenemos a disposición es la biopsia líquida. ¿Dónde cree que se puede usar en casos de cáncer de ovario? Tendemos a basarnos en ella con otras muestras tumorales, como en el cáncer de pulmón o el cáncer gastrointestinal.

Dra. Martina Murphy

Es una pregunta que me suelen hacer cada vez más en mi consultorio mis pacientes, porque les encantaría sobre todo no realizarse una biopsia invasiva, en lo posible. Y cuando se trata de vigilar el cáncer de ovario, cuántas más herramientas haya, mejor. Hasta ahora, no se ha probado que la biopsia líquida sea una fuente confiable de información sobre el cáncer de ovario. Espero que eso cambie a medida que perfeccionamos las técnicas y comprendemos mejor qué es lo que debemos buscar en una biopsia líquida. Creo que parte del problema con la biopsia líquida en el cáncer de ovario es que este cáncer se disemina de forma algo diferente que algunos de los demás tumores, en los que la biopsia líquida es beneficiosa. Ciertamente, se disemina de forma hematogena, pero también lo hace cuando se desprenden las células cancerosas dentro de la cavidad peritoneal. Por lo tanto, hace que la biopsia líquida sea menos específica para el cáncer de ovario. Y hasta ahora, no es algo que se use habitualmente fuera del entorno de estudios o ensayos clínicos.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Cuando habla del desprendimiento tumoral, ¿hay información nueva sobre el ADN circulante tumoral (ADNct)? En especial donde hay desprendimiento tumoral, sería bastante fácil determinar si hay presencia o ausencia de tumores.

Dra. Martina Murphy

Por eso, tendría sentido que lo hagamos. Creo que se está intentando perfeccionar la técnica y determinar exactamente qué buscamos y cómo se incluye en los algoritmos actuales de tratamiento y vigilancia. Habrá más por venir, supongo. Y, por cierto, es una herramienta que todos queremos tener en lugar de repetir biopsias y cosas por el estilo.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Caterina, ya que hablamos de biopsias líquidas o sólidas, ¿conoce algunas diferencias regionales o globales cuando se trata de las dificultades preanalíticas o la forma en que se procesan esas biopsias?

Dra. Caterina Marchiò

Como dijo Martina, la biopsia líquida no es una práctica frecuente actualmente, así que centrémonos en las muestras de tejido. Pueden ser muestras histológicas, pero también pueden ser muestras citológicas, como mencioné antes. Según el centro y las prácticas habituales de los cirujanos y radiólogos, puede haber un tipo diferente de fuente para obtener muestras de tejido: una biopsia quirúrgica, una biopsia tomada por el radiólogo o una diseminación peritoneal que se obtiene mediante una punción evacuadora. Independientemente de la fuente, es fundamental hacer la secuencia de *BRCA1* y *BRCA2*. Las células tumorales pueden tener mutaciones somáticas o mutaciones hereditarias, el análisis directo del tejido nos permite identificar ambos tipos de mutaciones. Primero, detectamos si hay una mutación de *BRCA1* y *BRCA2*, porque en este punto tenemos la posibilidad de tratar a la paciente, y eso es lo primero que necesita. Segundo, profundizamos el análisis y vemos si es una mutación hereditaria o somática. Si detectamos que es hereditaria, hablamos con los familiares y hacemos las pruebas genéticas en cascada para la familia y para la paciente. Una vez que tenemos *BRCA1* y *BRCA2*, estamos bastante avanzados en el proceso. En algunas instituciones, podemos hacer más análisis además de *BRCA1* y *BRCA2* mediante un método genómico integral. Podemos hacer un perfil analítico y abarcar entre 50 y 500 genes, y detectar más alteraciones que podrían ser relevantes para el tratamiento de segunda o tercera línea. Pueden existir diferencias en la cantidad de pruebas entre diferentes instituciones.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Aplicando esa información a nuestra práctica clínica, es decir, tenemos la mutación de *BRCA*, somática o hereditaria, y tenemos la evidencia de usar inhibidores de PARP en este contexto. Martina, ¿hay evidencia para usar esta indicación para la deficiencia de recombinación homóloga?

Dra. Martina Murphy

Puede ser complejo debido a toda la información que queremos obtener, la secuenciación y los tiempos implicados. Las recomendaciones de todas las asociaciones nacionales, como la ASCO, la Sociedad de Oncología Ginecológica (SGO), la Sociedad Internacional de Cáncer Ginecológico (IGCS), indican que los análisis moleculares en el cáncer de ovario deben incluir, como mínimo, el análisis de la estirpe germinal para detectar *BRCA*. Como dijo Caterina, también nos interesan las mutaciones somáticas de *BRCA* y muchos también realizan análisis de HRD por los motivos que ya mencionamos.

Solíamos secuenciar esto en la práctica clínica. Solíamos detectar las mutaciones hereditarias de *BRCA* primero, y si daba negativo, hacíamos análisis de mutaciones somáticas y HRD directamente en el tumor. Desde un punto práctico, eso no siempre es realista y puede ser muy difícil desde lo logístico mantener un registro de qué pacientes se sometieron a qué análisis y en qué orden. Creo que muchos de nosotros en la práctica solicitaríamos un análisis de la estirpe germinal y la elaboración de un perfil genómico integral con NGS al momento del diagnóstico, reconociendo que probablemente no haríamos nada con la información de la NGS en ese momento, pero queremos tener la mayor cantidad de información posible a medida que avanzamos con una paciente. Ahora, desde una perspectiva clínica, es importante saber qué se incluye en el perfil de NGS porque puede haber diferencias. Por ejemplo, no todas las empresas incluyen el receptor alfa de

folato. Creo que todas incluyen la HRD ahora, pero no siempre fue así. Como médica, es importante saber qué se incluye, y creo que lo más importante, qué se está buscando y qué no se incluye, en el perfil que se envía.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Martina, muchas gracias por cubrir ese tema. ¿El receptor alfa de folato es una mutación resistente o se puede identificar desde el principio? Si vemos una enfermedad progresiva, ¿sirve de algo repetir la NGS en el momento de la progresión?

Dra. Martina Murphy

El análisis del receptor alfa de folato puede dar positivo o negativo, por lo que se puede realizar desde el principio. Esa es una cuestión algo distinta a si las personas deben o no repetir las pruebas de NGS, y no creo que haya una respuesta correcta. En mi opinión, depende del contexto clínico. No todas las pacientes que se realizaron pruebas de NGS en el momento del diagnóstico deberían repetirla. Algo depende de si se realizaron las pruebas de NGS y de cuánto tiempo pasó desde el diagnóstico; tal vez, Caterina puede hablar al respecto. Otro contexto en el que repetiría las pruebas de NGS es si una paciente se las realizó hace mucho tiempo, en ese análisis inicial no tenía dianas terapéuticas para un posible ensayo clínico, desde entonces desarrolló una enfermedad resistente al platino, y no es candidata para recibir mirvetuximab. En tal caso, estaría muy interesada en repetir la NGS para ver si tiene alguna mutación tratable, y saber si hay posibles ensayos clínicos en los que pueda participar. No obstante, repito, no hay una respuesta correcta.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Gracias. Caterina, desde su punto de vista, en especial si hay progresión, ¿hay alguna diferencia a la hora de obtener la muestra de tejido?

Dra. Caterina Marchiò

Como decía Martina, y concuerdo con ella, creo que no hay una respuesta correcta en este momento. Aún no tenemos mucha información al respecto y debemos obtener más datos. La decisión de repetir las pruebas también depende de los antecedentes médicos de la paciente. Si la enfermedad avanza de forma inesperada, siempre lo ideal es repetir las pruebas si existe la posibilidad de obtener más tejido. Ahora, lo que más veo es la elaboración de un perfil genómico integral en el momento del diagnóstico cuando se tiene una buena cantidad de tejido y se necesitan todos los detalles para comenzar el tratamiento, y se deja la información adicional para más adelante. Si aparece un nuevo biomarcador o una diana, entonces las pruebas, que pueden no ser pruebas de NGS, ya que hay que recordar que la anatomía patológica es multimodal, deben implementarse de acuerdo a la nueva evidencia. Actualmente, se realizan perfiles inmunohistoquímicos muy buenos desde el comienzo porque debemos definir el tipo histológico. No mencionamos eso, pero no hacemos este tipo de análisis en cualquier tipo histológico de cáncer de ovario. Hay un sinnúmero de tipos histológicos, por lo que nos centramos en carcinomas serosos de grado alto y poco diferenciados que no se pueden excluir de este tipo de análisis. Primero, hay que identificar el tipo de tumor, luego se realiza la NGS para este tipo de análisis cuando sea necesario. Si se puede se hace un perfil genómico integral, donde

también se puede recopilar más información que puede servir más adelante. Y, luego, como decía Martina, hay que mantenerse al día e integrar los análisis cuando sea necesario.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Gracias por cubrir ese tema, Caterina y Martina. Rahul, hablando de las pruebas de NGS, ¿notó alguna diferencia en la práctica en centros comunitarios? y ¿se pueden comparar con la teoría? Personalmente, cuando recibimos estos informes en la comunidad, me siento muy abrumado. Ese fue el consenso en todo el ámbito comunitario; y, por eso, al principio la gente dudaba en solicitar estos informes.

Dr. Rahul Gosain (Oncology Brothers)

Algunas cosas para mencionar. Caterina, usted mencionó que el primer paso es determinar el tipo histológico que tenemos, con la NGS siendo la prueba secundaria. Ambas cosas son importantes, pero establecer el diagnóstico principal y luego pasar a otra herramienta es lo que quiero remarcar.

En mi consultorio, nos asociamos con terceros para hacer análisis integrales, como la NGS, porque los análisis internos en la comunidad son más específicos. Y, como mencionó Martina, desde un punto de vista logístico y práctico, es difícil volver y repetir el proceso por una prueba más o determinar si hay una mutación resistente, o esto o aquello. Al menos en mi caso, cuento con estos análisis integrales.

Y, en cuanto a estos informes que son engorrosos, desglosar todos los datos de estos informes puede ser muy abrumador. En mi consultorio mando este informe sobre cáncer de ovario, pero también tenemos información sobre la HRD y mutaciones somáticas como también tenemos datos sobre el cáncer de próstata. Tenemos que estar al día con todo lo que está disponible, y es muy importante desglosar estos informes engorrosos y tediosos.

Dra. Martina Murphy

Es un gran tema porque los pacientes también reciben estos informes. Creo que es increíble que, con la tecnología que tenemos, los pacientes tengan más acceso a su información médica. En términos generales, me parece fantástico. Estos informes pueden ser abrumadores y engorrosos para los médicos; y, cuando los pacientes los reciben, también puede ser una situación muy difícil. Tenemos que dedicar mucho tiempo en las consultas, como corresponde, educando a nuestros pacientes y sus familias y a los cuidadores sobre el significado de estas pruebas. Es una acotación importante que quería agregar.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Estoy totalmente de acuerdo, Martina. Es abrumador para nosotros y, por supuesto, muy abrumador desde la perspectiva del paciente. Los análisis exhaustivos, al menos aquí en Estados Unidos, son un método mejor, no solo para el cáncer de ovario, sino para todos o casi todos nuestros pacientes, en particular cuando se trata de medicina personalizada, para la aprobación de tantos ensayos de cesta. A medida que llegamos al final, Caterina, ¿tiene unas últimas palabras para nuestros oyentes sobre este tema?

Dra. Caterina Marchiò

Lo que siempre menciono al hablar de los perfiles genómicos integrales, las pruebas de NGS o la cantidad de pruebas es la cantidad de información que podemos obtener a partir de estas pruebas. Cuanta más información se analiza, mayor es la complejidad, y debemos abordar esta complejidad. Siempre se trabaja en equipo. Me parece fantástico que hoy haya una oncóloga y una anatomopatóloga. Creo que son dos figuras clave que deben estar en las reuniones multidisciplinarias, pero también se necesitan un genetista y un bioinformático. Me parece positivo compartir dudas y debatir sobre la interpretación de los resultados, también porque mejora la comunicación con nuestros pacientes, y supongo que Martina sabe eso muy bien. Debemos ser comunicativos y hacer lo correcto en términos de brindar la información correcta en el momento adecuado, para informar al paciente sobre la enfermedad y las opciones. Trabajemos siempre en equipo, sobre todo en este escenario tan complejo.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Concuerdo totalmente, en especial cuando hablamos de un abordaje multidisciplinario. Y todo esto repercute en el pronóstico, las decisiones de tratamiento para los pacientes y sus familias. Martina, ¿alguna conclusión sobre lo que hablamos o algo que no hayamos mencionado?

Dra. Martina Murphy

Me sumo a lo que dijo Caterina. Creo que uno de los motivos por los que muchos de nosotros elegimos oncología es porque es un ámbito multidisciplinario, que cobra cada vez más importancia a medida que avanza la ciencia y aumenta el conocimiento, de los cuales somos responsables. La conclusión a la que quiero llegar es que es muy importante para nosotros comprender cuáles son los biomarcadores clave en el cáncer de ovario y cuál es su importancia clínica. Y creo que es fundamental que trabajemos, no solo como médicos, sino también como parte del sistema de atención médica, para garantizar que haya un acceso equitativo a todos estos análisis especializados para todos los pacientes. Más allá de la procedencia de un paciente, debe recibir una atención de calidad para todos los tipos de cáncer; y, ciertamente, en el contexto del cáncer de ovario.

Dr. Rohit Gosain (Oncology Brothers)

Sí, por supuesto. Caterina y Martina, muchísimas gracias por hablar sobre este tema tan importante de las dificultades en la fase preanalítica y las pruebas de biomarcadores y sus implicaciones en la práctica diaria, en particular en casos de cáncer de ovario. A nuestros oyentes, asegúrense de escuchar las charlas sobre el cáncer de próstata y el cáncer de pulmón en este espacio. Somos los Oncology Brothers.

Tonke de Jong (COR2ED)

Muchísimas gracias por escuchar este pódcast sobre las dificultades en la fase preanalítica y la selección de biomarcadores en el cáncer de ovario. Si le gustó este episodio, busque los demás episodios de esta serie en el pódcast Oncology Medical Conversation, en la cuenta de educación médica de COR2ED, donde hablamos sobre las dificultades en la fase preanalítica y las pruebas de biomarcadores en el cáncer de pulmón y en el cáncer de próstata. Si desea obtener más información sobre la oncología de precisión, visite cor2ed.com y seleccione

“Oncology”. Si le gustó este pódcast, no olvide calificar este episodio o compartirlo con sus colegas. Gracias por escuchar, hasta la próxima. Este pódcast es una iniciativa de COR2ED y fue creado por PRECISION ONCOLOGY CONNECT, un grupo de expertos internacionales en el ámbito de la oncología. Las posturas expresadas son opiniones personales de los expertos. No representan necesariamente la postura de las organizaciones de los expertos o del resto del grupo PRECISION ONCOLOGY CONNECT. Para conocer las declaraciones de los expertos sobre cualquier conflicto de interés, visite el sitio web de COR2ED.