¿Se deben emplear las micobacterias en el tratamiento del cáncer?

Printed from https://www.cancerquest.org/es/sala-de-prensa/2020/10/se-deben-emplear-las-micobacterias-en-el-tratamiento-del-cancer on 11/21/2026



La inmunoterapia, el uso del propio sistema inmune para deshacerse de las enfermedades, es un tratamiento común para algunos cánceres. A través de sus múltiples formas, la inmunoterapia ha estado presente en la lucha contra el cáncer por varios años. A una de las primeras inmunoterapias se la conoce como la toxina colérica (Coley toxin en inglés), cuyo nombre proviene del nombre del científico que la identificó: William B Coley. Coley descubrió la potencial utilidad de la inmunoterapia al inyectar bacterias estreptocócicas dentro de un paciente con un cáncer inoperable. Este halló que la infección bacteriana subsecuente encogió al tumor. Las toxinas coléricas ya no se usan para tratar el cáncer. Contemporáneamente, se utilizan tratamientos especializados, basados en las ideas de Coley, para tratar a una variedad de tipos de cáncer.

El bacilo de Calmette-Guérin (abreviado como BCG) es otro ejemplo de un tratamiento antiguo inmunoterapéutico. El BCG se emplea dentro del tratamiento temprano del cáncer de vejiga, y contiene una forma debilitada de la bacteria *Micobacteria bovis*. Al igual que las toxinas de Coley, el BCG induce una fuerte reacción inmune, incluyendo una en contra del cáncer. Sin embargo, este tratamiento es escaso en los Estados Unidos, por lo tanto el tratamiento inicial (inducción) con el BCG se recomienda para el cáncer de vejiga no músculo invasivo (ubicado en los tejidos que rodean la superficie de la vejiga). Usualmente, se recomiendan dosis adicionales del BCG (BCG de mantenimiento) si el paciente manifiesta una reacción completa a la inducción del BCG. Un grupo de expertos de Mayo Clinic liderado por el urólogo oncólogo Stephen A. Boorjian M.D del Mayo Clinic en Rochester, Minnesota, ha realizado un estudio para determinar la rentabilidad del BCG de mantenimiento en comparación con el monitoreo cercano de la condición del paciente (vigilancia) después del tratamiento de inducción de BCG.

Los investigadores determinaron esta rentabilidad al analizar los valores de utilidad, los resultados de los pacientes y la toxicidad del BCG de mantenimiento según los registros del año 2018 del U.S Medicare. Se halló que en 5 años de tratamiento, el costo promedio de vigilancia por paciente valía $855 menos que el BCG de mantenimiento, sin embargo, ambos métodos obtuvieron resultados casi idénticos en relación a la supervivencia del paciente. El BCG de mantenimiento fue más eficaz que la vigilancia solamente cuando los pacientes tenían una tasa de progresión del cáncer de vejiga no músculo invasivo menor al 2.1%. No obstante, este caso es probable únicamente en pacientes con un cáncer de vejiga no músculo invasivo menor de alto riesgo.

En conclusión, se demostró que el BCG de mantenimiento tiene menos rentabilidad que la vigilancia en la mayoría de situaciones. Por ende, los doctores deben priorizar la terapia de inducción del BCG y reservar el BCG de mantenimiento para pacientes con un cáncer de vejiga no músculo invasivo menor de alto riesgo.

Fuente
https://www.mayoclinic.org/medical-professionals/cancer/news/new-research-indic...
Referencia
Aprenda más sobre la inmunoterapia