



## **DRA. AITANA CALVO**



Responsable médico de la Unidad de Fase I del Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Médico adjunto de la Unidad de tumores digestivos.

Licenciada en Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Doctora en Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Oncología Médica en el Hospital de La Princesa de Madrid. Especialista en Farmacología Clínica en el Hospital Clínico de Madrid.

Vocal del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CMH) de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), Secretaria científica de la Sociedad Española de Oncología Médica. Experta Externa de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y de la Agencia Europea del Medicamento.

Estancia en la Universidad Wesleyan, Connecticut, EE.UU.

Áreas de investigación: Fase I, farmacocinética, farmacodinamia, tumores digestivos, aspectos regulatorios de la investigación. Investigadora principal de ensayos clínicos fase I.



## **VIRUS COMO CAUSA Y POTENCIAL REMEDIO DEL CÁNCER RARO**

Mediante las modificaciones genéticas a las que son sometidos los virus oncolíticos para que infecten las células tumorales de manera predominante, promocionar la presentación de antígenos, favorecer un microambiente tumoral menos tolerante inmunológicamente y servir como vehículos para la expresión de citokinas inmunomoduladoras, los virus oncolíticos presentan un potencial antitumoral aún por explotar.

T-VEC, que utiliza una variante de herpes simplex tipo 1 atenuado para sobre-expresar el promotor de presentador de antígenos GM-CSF fue el primero en disponer de autorización de comercialización en nuestro entorno, pero muchos otros adenovirus, reovirus etc. se encuentran actualmente en desarrollo clínico o preclínico, ya sea en combinación con otros inmunomoduladores como los inhibidores del punto de control o en monoterapia.

Evidentemente, estos virus se están investigando mayoritariamente en las enfermedades en las que la inmunoterapia se ha mostrado más eficaz, pero también de forma más indiscriminada en los tumores más prevalentes. Es posible que los tumores raros queden relegados dentro de estos programas, sin embargo contamos ya con datos de las fases I iniciales y ciertas iniciativas que nos aportan información sobre su uso en tumores raros, iniciativas especialmente valiosas debido a la letalidad de estos tumores o su refractariedad a los tratamientos habituales.

Lógicamente algunas de las cuestiones subyacentes tales como si existen diferencias entre los tumores raros como entidad artificial con el resto de tumores o, de no ser así, si es factible obtener datos de desarrollo completos en cada subtipo tumoral o, por el contrario, podemos asumir un mecanismo de acción independiente del subtipo tumoral serían algunas de las cuestiones a abordar.

Por el momento, mientras comenzamos a disponer de datos en monoterapia para subtipos tumorales previamente no explorados como tumores neuroendocrinos o mesoteliomas, y se exploran estrategias capaces de aumentar la distribución de virus defectivos en patologías como en carcinoma anaplásico de tiroides, se avanza en aproximaciones generales con fármacos (como los inhibidores de la histona deacetilasa, antiangiogénicos entre otros), interleukinas u otras estrategias.