



## EDITORIAL

## Endocrinólogo y oncólogo, una amistad en construcción a propósito de la obesidad



### Endocrinologist and oncologist, a friendship under construction about obesity

Alberto Goday Arnó<sup>a,\*</sup> y Pedro Pérez Segura<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Endocrinología, Hospital del Mar; IMIM Institut Mar d'Investigacions Mèdiques; CiberOBN; Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid, España

La colaboración profesional entre endocrinólogos y oncólogos se ha centrado clásicamente en el soporte nutricional a los pacientes con cáncer avanzado, así como en el manejo multidisciplinar de los pacientes con algunos tipos de neoplasias endocrinas. Pero paralelamente a estas áreas de interés, en los últimos años se está generando un alto grado de evidencia hacia la necesidad de abordar coordinadamente la atención a los pacientes que sufren obesidad y cáncer<sup>1</sup>.

Las personas con obesidad tienen un mayor riesgo de sufrir cáncer<sup>2</sup>. Los tipos de cáncer que más se relacionan con la obesidad son los de colon, riñón, endometrio, de mama en la posmenopausia, de páncreas, de hígado y el adenocarcinoma de esófago. También se ha relacionado la obesidad con el aumento del riesgo de otros tipos de neoplasias, como las de tiroides, vesícula biliar, cardíacas, linfoma, próstata, y el meningioma<sup>3</sup>. Además, algunos estudios demuestran la relación entre el cáncer y la obesidad abdominal, así como con la ganancia ponderal<sup>1</sup>. Como consecuencia de esta intensa asociación, en la valoración integral del paciente con obesidad, junto a la detección precoz de enfermedades clásicamente asociadas al exceso de peso, diabetes mellitus tipo 2,

dislipidemia, hipertensión arterial, esteatohepatitis no alcohólica o síndrome de apnea-hipopnea del sueño, debemos mantener un alto índice de sospecha para los cánceres más frecuentes<sup>4</sup>. De hecho, cada vez es más habitual la detección «incidental» de cáncer en el estudio del paciente obeso.

También en base a esta intensa asociación, las campañas de detección precoz en población general de algunos de los cánceres más frecuentes deben contar con la colaboración de endocrinólogos y oncólogos. Se debe conseguir que las personas con obesidad reciban cribado para determinados tipos de cáncer, y el endocrinólogo puede ser una figura clave en esta área.

En el campo de la investigación básica, y en el de la básico-clínica, muchos de los mecanismos implicados en la fisiopatología de la obesidad y de la oncología son comunes<sup>5</sup>. Baste como ejemplo el hiperinsulinismo, la inflamación de bajo grado, el hiperestrogenismo o la activación de vías como mTORC (*intermediate mammalian target of rapamycin*)<sup>6</sup>. Por tanto, en el campo de la investigación básico-clínica los investigadores en obesidad y oncología estamos obligados a entendernos para favorecer sinergias y una mayor eficiencia científica. Sin lugar a dudas, esta sinergia puede contribuir a avanzar en el conocimiento de estas enfermedades.

En el área de la actividad clínica, probablemente el reto más importante al que nos enfrentamos en obesidad y cáncer es el tratamiento de la obesidad en el largo superviviente

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Agoday@parcdesalutmar.cat](mailto:Agoday@parcdesalutmar.cat)  
(A. Goday Arnó).

por cáncer<sup>7</sup>. Los extraordinarios avances en la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento oncológico han condicionado que el «largo superviviente de cáncer» sea un tipo de paciente cada vez más frecuente. En estas personas, la obesidad condiciona una peor calidad de vida<sup>8</sup>, un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, y también un mayor riesgo de recaída del cáncer inicial, o bien de desarrollar una segunda neoplasia<sup>9</sup>. Por tanto, se debería plantear como una prioridad tratar la obesidad en los largos supervivientes de cáncer. Y aquí es donde la colaboración entre oncólogos y endocrinólogos debe ser óptima. Por una parte, debemos sensibilizar a los oncólogos sobre la importancia de la detección de la obesidad en los pacientes con cáncer, ya sea en la fase de tratamiento activo, como en la de larga supervivencia. En la fase de tratamiento, la obesidad puede condicionar la necesidad de adaptar las distintas modalidades terapéuticas<sup>10</sup>. La fase de larga supervivencia, en que el paciente ha superado el cáncer y puede aspirar a una buena calidad de vida, es una oportunidad excelente para abordar el tratamiento de la obesidad. En esta fase el consejo que venga del oncólogo, como facultativo clave en la curación de la enfermedad, va a tener una altísima credibilidad y poder de convicción<sup>7</sup>. Va a ser la figura clave para sensibilizar al paciente de la necesidad de perder peso, para así disminuir el riesgo de recurrencias o segundas neoplasias. Pero este consejo debe estar ligado a un adecuado circuito asistencial. Y es aquí donde tiene sentido el título de este editorial: «una amistad en construcción a propósito de la obesidad». Debemos diseñar e implementar recomendaciones, protocolos y vías clínicas de tratamiento de la obesidad en pacientes con cáncer, adaptados a los distintos tipos de cáncer, al grado de obesidad y a otras características clínicas<sup>11</sup>. Si el tratamiento de la obesidad en la práctica clínica con frecuencia es difícil, aquí lo es más, pero su necesidad es indudable.

Así pues, el oncólogo debe informar al paciente sobre la relación que existe entre la obesidad y distintos tipos de cánceres, y recordarle la importancia de perder peso, pues la obesidad también se asocia con un riesgo elevado de recurrencias y mortalidad relacionadas con el cáncer<sup>7</sup>. Además, interfiere con la efectividad de las terapias sistémicas, contribuye a la morbilidad de los tratamientos y aumenta el riesgo de segundas neoplasias<sup>3</sup>. La obesidad es una de las comorbilidades con mayor impacto sobre el pronóstico. Los pacientes obesos tienen una mayor tasa de complicaciones asociadas a la cirugía<sup>12</sup>. Para los tipos de cáncer más frecuentes, la obesidad se relaciona con una mayor tasa de recurrencia bioquímica y mayor mortalidad específica<sup>12</sup>. En la supervivencia prolongada después de la remisión, o fase de curación del cáncer, adquieren gran importancia el control de diversos problemas de salud, como la obesidad. La intervención dietética y de actividad física es muy importante en los pacientes supervivientes de un cáncer, porque va a tener un impacto considerable en la disminución de las recurrencias, de las segundas neoplasias y de las muertes debidas al cáncer. La transición entre paciente con cáncer y superviviente es un momento muy oportuno para la educación en cambios de estilo de vida que pueden ayudar a disminuir el riesgo de recurrencia, de enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida<sup>3</sup>.

Los lectores pueden estar pensando que es inasumible esta nueva área de competencia en la siempre existente

sobrecarga asistencial. En el campo de la atención a la obesidad, se añade a la de la obesidad grave que requiere cirugía bariátrica, a la de la obesidad relacionada con otras patologías, o simplemente a la fuerte demanda social de tratamiento especializado de la obesidad simple. En el campo de la nutrición hospitalaria, a la del soporte nutricional en el cáncer con desnutrición. Pero lejos del pánico a la posible sobrecarga asistencial, la racionalización de esta área asistencial, incluyendo a todos los posibles agentes implicados, puede ser muy útil. El oncólogo es la pieza clave en la detección de obesidad, y en aconsejar al paciente sobre la necesidad de tratamiento<sup>7</sup>. En función de la complejidad del caso, del grado de obesidad, de las secuelas del tratamiento oncológico y de las patologías asociadas a la obesidad, la prescripción del tratamiento puede estratificarse en distintos niveles asistenciales, desde los equipos de atención primaria hasta los endocrinólogos y nutricionistas, pasando por la enfermería de oncología y la colaboración de los psicólogos que dan soporte a oncología o endocrinología<sup>13</sup>. Sería muy importante disponer de programas específicos de tratamiento de la obesidad en distintos tipos de cáncer, elaborados y pactados entre todos los ámbitos asistenciales antes mencionados<sup>14,15</sup>.

Afortunadamente, la «amistad en construcción» ya está en marcha. La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad y la Sociedad Española de Oncología Médica han puesto en marcha el programa de colaboración OBEyCAN. Su fruto inicial ha sido la publicación de dos documentos de consenso que creemos son una aportación relevante en este campo<sup>3,13</sup>. No solo se ha investigado la relación epidemiológica y fisiopatológica existente entre obesidad y cáncer<sup>3</sup>, sino que se han sentado las bases para la atención médica en los distintos escenarios clínicos<sup>13</sup>. Queda mucho por andar, pero ya hemos arrancado, con entusiasmo y rigor, esta amistad en construcción entre endocrinólogos y oncólogos.

## Bibliografía

1. González Svatetz CA, Goday Arnó A. Obesidad y cáncer: «las amistades peligrosas». *Med Clin (Barc)*. 2015;145:24-30.
2. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: Cohort study. *BMJ*. 2007;335:1134.
3. Goday A, Barneto I, Garcia-Almeida JM, Blasco A, Lecube A, Gravalos C, et al. Obesity as a risk factor in cancer: A national consensus of the Spanish Society for the Study of Obesity and the Spanish Society of Medical Oncology. *Clin Transl Oncol*. 2015;17:763-71.
4. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: A population-based cohort study of 5.24 million UK adults. *Lancet*. 2014;384:755-65.
5. Crujeiras AB1, Díaz-Lagares A, Carreira MC, Amil M, Casanueva FF. Oxidative stress associated to dysfunctional adipose tissue: A potential link between obesity, type 2 diabetes mellitus and breast cancer. *Free Radic Res*. 2013;47:243-56.
6. Morris PG, Hudis CA, Giri D, Morrow M, Falcone DJ, Zhou XK, et al. Inflammation and increased aromatase expression occur in the breast tissue of obese women with breast cancer. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2011;47:1021-9.
7. Lígibel JA, Alfano CM, Courneya KS, Demark-Wahnefried W, Burger RA, Chlebowski RT, et al. American Society of

- Clinical Oncology position statement on obesity and cancer. *J Clin Oncol*. 2014;3231:3568–74.
8. Doll KM, Kalinowski AK, Snavely AC, Irwin DE, Bensen JT, Bae-Jump VL, et al. Obesity is associated with worse quality of life in women with gynecologic malignancies: An opportunity to improve patient-centered outcomes. *Cancer*. 2015;121:395–402.
  9. Scarpa M, Ruffolo C, Erroi F, Fiorot A, Basato S, Pozza A, et al. Obesity is a risk factor for multifocal disease and recurrence after colorectal cancer surgery: A case-control study. *Anticancer Res*. 2014;34:5735–41.
  10. Meyerhardt JA, Catalano PJ, Haller DG, Mayer RJ, Benson AB 3rd, Macdonald JS, et al. Influence of body mass index on outcomes and treatment-related toxicity in patients with colon carcinoma. *Cancer*. 2003;983:484–95.
  11. Demark-Wahnefried W, Rogers LQ, Alfano CM, Thomson CA, Courneya KS, Meyerhardt JA, et al. Practical clinical interventions for diet, physical activity, and weight control in cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2015;65:167–89.
  12. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*. 2003;348:1625–38.
  13. Pérez-Segura P, Palacio JE, Vázquez L, Monereo S, de las Peñas R, Martínez de Icaya P, et al. Consensus Statement Peculiarities of the obese patient with cancer. A national consensus statement by the Spanish Society for the Study of Obesity and the Spanish Society of Medical Oncology. *Clin Transl Oncol*. En prensa. doi:10.1007/s12094-016-1601-2.
  14. Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courneya KS, Schwartz AL, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:243–74.
  15. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *J Clin Oncol*. 2016;34:611–35.