

# RENAL insights

Newsletter informativa sobre las últimas tendencias en cáncer renal.

## Editorial

En esta edición, exploramos los últimos avances en el manejo del carcinoma renal, desde nuevas estrategias terapéuticas y ajustes de dosis hasta el impacto de la reducción tumoral en la cirugía. También revisamos el papel de los biomarcadores en la selección de tratamientos y la importancia de la clasificación histológica en la práctica clínica.

COORDINADOR: **Dr. Mikel Portu**

EDITORES DEL NÚMERO



**Dr. Carlos Rivas**

Especialista en Oncología Médica, ICO, Hospital de Mataró.



**Dr. Nil Navarro**

Especialista en Oncología Médica, Hospital del Mar, Barcelona.



**Dra. Laia Fernández**

Especialista en Oncología Médica, Hospital Clínic, Barcelona.

## ARTÍCULO DEL MES

### Avelumab + axitinib vs sunitinib as first-line treatment for patients with advanced renal cell carcinoma: final analysis of the phase 3 JAVELIN Renal 101 trial

Choueiri TK, Penkov K, Uemura H, et al. *Ann Oncol*. Published online December 18, 2024.

El tratamiento de primera línea con la combinación de avelumab y axitinib ha mostrado ser eficaz en pacientes con carcinoma renal de células claras avanzado (aRCC). Además de las ventajas en eficacia, la combinación de avelumab y axitinib mostró un perfil de seguridad gestionable y efectos similares en la calidad de vida reportada por los pacientes, lo que la posiciona como una opción prometedora y bien tolerada para el tratamiento de primera línea en aRCC.

El estudio clínico JAVELIN Renal 101 evaluó el tratamiento de primera línea con avelumab + axitinib frente a sunitinib en pacientes con carcinoma renal avanzado (aRCC). En este análisis final, se observó que la combinación de avelumab y axitinib ofreció una mayor supervivencia libre de progresión (PFS) y una tasa de respuesta objetiva (ORR) casi duplicada en comparación con sunitinib. Aunque la supervivencia global (OS) no alcanzó una significancia estadística, los datos de eficacia favorecieron a la combinación en la población general y en pacientes con tumores PD-L1 positivos, con una mediana de OS de 44,8 meses para avelumab + axitinib frente a 38,9 meses con sunitinib.

En cuanto a los efectos adversos, el perfil de seguridad fue manejable, con un 66,8% de los pacientes en el grupo de avelumab + axitinib experimentando eventos adversos graves, en comparación con el 61,5% en el grupo de sunitinib. Sin embargo, ambos grupos mostraron resultados similares en los informes de calidad de vida relacionada con la salud (PROs), lo que sugiere que la adición de avelumab + axitinib no afectó negativamente la calidad de vida de los pacientes. Además, la duración de la respuesta fue más prolongada con la combinación, alcanzando los 5 años en el 16,4% de los pacientes en el grupo de avelumab + axitinib, frente al 9,2% en el grupo de sunitinib.

Estos resultados respaldan la recomendación de avelumab + axitinib como una opción de tratamiento de primera línea para pacientes con aRCC avanzado, dada su capacidad para ofrecer mejores tasas de respuesta y una mayor supervivencia libre de progresión, con un perfil de seguridad manejable y una calidad de vida estable.

[Ir al artículo](#)

## DE LA TEORÍA A LA EXPERIENCIA

### Reducción de dosis de TKIs en cáncer renal metastásico

La reducción de dosis de los inhibidores de tirosina quinasa (TKIs) en cáncer renal metastásico es una estrategia necesaria en muchos casos debido a la toxicidad. En este video, revisaremos la evidencia disponible sobre el impacto de estos ajustes en la eficacia y tolerabilidad del tratamiento.

Dr. Nil Navarro Gorro



Reducción de dosis de TKIs en cáncer renal metastásico

## EL RINCÓN DEL RESIDENTE

### Subtipos histológicos principales de los tumores renales

El carcinoma de células renales (CCR) es un grupo heterogéneo de tumores con distintas características histológicas, clínicas y moleculares. Su correcta clasificación es fundamental para la toma de decisiones terapéuticas y pronósticas en la práctica oncológica. La siguiente tabla resume los principales subtipos histológicos del CCR, incluyendo su frecuencia, aspectos clínicos, alteraciones moleculares y hallazgos anatomopatológicos más relevantes.

Variante Histológica	Frecuencia (%)	Características clínicas	Características moleculares	Anatomía patológica
Células claras (ccRCC)	70	<ul style="list-style-type: none"><li>Mediana edad diagnóstica 62 años.</li><li>Frecuencia hombres: Mujeres 2:1.</li><li>Mayoría esporádicos. Sospechar Síndrome de Von Hippel Lindau (VHL) si jóvenes y multifocal o bilateral.</li><li>Factores de riesgo: tabaco, obesidad, diabetes, HTA, DM, asbesto, etc.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Pérdida cromosoma 3p.</li><li>Pérdida VHL (&gt;90%).</li><li>Pérdida PBRM1 (50%).</li><li>Pérdida SETD2 (20%).</li><li>Pérdida BAP1 (15%).</li></ul>	 (1)
Papilar (pRCC)	13-20	<ul style="list-style-type: none"><li>Frecuentemente asintomáticos.</li><li>Relación con Enfermedad Renal Crónica.</li><li>Mayor frecuencia multifocal o bilateral que el células claras.</li><li>Subtipo hereditario mutación germinal de MET.</li><li>Más frecuente bajo grado; mejor pronóstico que ccRCC.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Trisomías y tetrasomías de los cromosomas 7 y 17.</li><li>Pérdida del cromosoma Y.</li><li>Mutaciones en MET.</li></ul>	 (2)
Cromóforo (crRCC)	10	<ul style="list-style-type: none"><li>Frecuentemente asintomáticos.</li><li>Mayor frecuencia multifocal o bilateral que el células claras.</li><li>Mayoría esporádicos. Formas hereditarias raras: Birt-Hogg-Dubou syndrome (mutaciones en FLCN) y sd. de Cowden (mutaciones en PTEN).</li><li>Mejor pronóstico que ccRCC y pRCC.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Pérdida de los cromosomas Y, 1, 2, 6, 10, 13, 17, 21.</li></ul>	 (3)

Bibliografía: Moch H, Amin MB, Berney DM, et al. The 2022 World Health Organization Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs-Part A: Renal, Penile, and Testicular Tumours. *Eur Urol*. 2022;82(5):458-468. (1), (2), Mikael Häggström, M.D., CC0, via Wikimedia Commons. (3) Ed Uthman from Houston, TX, USA. CC BY 2.0, via Wikimedia Commons.



## ARTÍCULOS DESTACADOS

### The effect of tumor downsizing on surgical complexity during nephrectomy after immune checkpoint inhibitors for metastatic renal cell carcinoma

Pignot G, Margue G, Bigot P, et al. *World J Urol*. 2025;43(1):54. Published 2025 Jan 2.

Los inhibidores de puntos de control inmunológico han transformado el tratamiento del carcinoma renal metastásico, con una respuesta completa observada en un 10-15% de los casos. En este contexto, algunos pacientes que responden de manera favorable a la inmunoterapia podrían beneficiarse de la nefrectomía diferida. Sin embargo, la influencia de la exposición previa a la inmunoterapia en la complejidad de la cirugía aún no está clara.

Este artículo aborda el impacto de la reducción tumoral en la complejidad quirúrgica durante la nefrectomía diferida en pacientes con carcinoma renal metastásico tratados con inhibidores de puntos de control inmunológico (ICI). Se trató de un estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó a 102 pacientes que recibieron tratamiento con ICI entre 2015 y 2023, y que se sometieron a una nefrectomía diferida después de una respuesta completa o parcial a la inmunoterapia. Los resultados sugieren que la nefrectomía diferida ofrece buenos resultados oncológicos, con una tasa de supervivencia libre de progresión (PFS) favorable, especialmente en aquellos con respuesta completa en los sitios metastásicos. Sin embargo, la cirugía fue compleja debido a los procesos inflamatorios y adherencias en el área renal, lo que afectó la facilidad del procedimiento, en particular en los casos de reducción tumoral superior al 10%.

En cuanto a la complejidad quirúrgica, los investigadores observaron que la reducción del tamaño del tumor renal primario era un factor predictivo clave para las dificultades intraoperatorias. Aquellos pacientes con una disminución del tamaño tumoral superior al 10% experimentaron más complicaciones, aunque no hubo un aumento en las tasas de complicaciones postoperatorias. La mayoría de los procedimientos fueron nefrectomías radicales, aunque un pequeño porcentaje fue sometido a nefrectomías parciales. A pesar de las dificultades quirúrgicas, no se observó un impacto negativo en la tasa de complicaciones postoperatorias graves, lo que sugiere que la cirugía diferida no incrementó los riesgos en este aspecto.

En conclusión, la nefrectomía diferida tras tratamiento con ICI en pacientes con mRCC muestra una estrategia quirúrgica prometedora con buenos resultados oncológicos, especialmente en pacientes con respuesta completa a la metástasis. La reducción tumoral significativa del tumor primario es un factor relevante para tener en cuenta por los cirujanos, ya que puede indicar posibles dificultades durante la cirugía. Aunque los resultados son positivos, es necesario continuar con estudios prospectivos para evaluar con mayor certeza los beneficios a largo plazo de esta estrategia quirúrgica en términos de supervivencia.

[Ir al artículo](#)

### Biomarker analyses from the phase 3 randomized CLEAR trial: Lenvatinib plus pembrolizumab versus sunitinib in advanced renal cell carcinoma

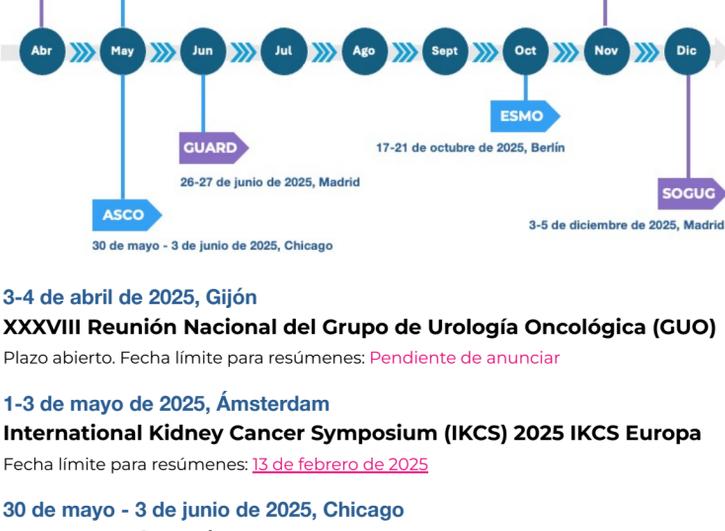
Motzer RJ, Porta C, Eto M, et al. *Ann Oncol*. Published online December 11, 2024.

En el ensayo CLEAR, se observó que la combinación de lenvatinib y pembrolizumab (L+P) mostró una asociación de supervivencia libre de progresión (BOR) ni con la supervivencia libre de progresión (PFS) en ninguno de los dos grupos de tratamiento. Este hallazgo respalda la idea de que la expresión de PD-L1 no es un biomarcador predictivo confiable para la respuesta al tratamiento en el contexto de combinaciones de inmunoterapia con inhibidores de tirosina quinasa (TKI), en general se observó en estudios previos. Además, se evaluaron las mutaciones en genes clave para el carcinoma de células renales, como VHL, PBRM1, SETD2, BAP1 y KDM5C. Los análisis de PFS mostraron que los pacientes con alteraciones en estos genes, tanto en los grupos de tratamiento con L+P como con sunitinib, presentaron mejores resultados con la combinación de lenvatinib y pembrolizumab en comparación con sunitinib, independientemente del estado mutacional. Los perfiles de expresión génica asociados con la angiogénesis, la proliferación celular y la respuesta inmune también proporcionaron información valiosa, indicando que ciertos perfiles genéticos podrían influir en la efectividad del tratamiento, especialmente en el grupo tratado con sunitinib.

Por último, se identificaron seis subtipos moleculares en pacientes con aRCC, que incluyeron características de angiogénesis y proliferación celular. Aunque estos subtipos fueron relevantes para comprender la biología tumoral de los pacientes, no se observó una asociación clara entre los subtipos moleculares y la respuesta clínica o la supervivencia en los grupos de tratamiento. En resumen, los biomarcadores evaluados no predijeron de manera consistente la eficacia de los tratamientos, pero los resultados destacan la superioridad de la combinación L+P frente a sunitinib, sin importar las características moleculares o genéticas del tumor. Este estudio proporciona valiosa información para el desarrollo de terapias personalizadas para el aRCC.

[Ir al artículo](#)

## PRÓXIMOS EVENTOS



### 3-4 de abril de 2025, Gijón

#### XXXVIII Reunión Nacional del Grupo de Urología Oncológica (GUO)

Plazo abierto. Fecha límite para resúmenes: [Pendiente de anunciar](#)

### 1-3 de mayo de 2025, Ámsterdam

#### International Kidney Cancer Symposium (IKCS) 2025 IKCS Europa

Fecha límite para resúmenes: [13 de febrero de 2025](#)

### 30 de mayo - 3 de junio de 2025, Chicago

#### ASCO Annual Meeting 2025

Fecha límite de envío de resúmenes regulares: [28 de enero de 2025](#) a las 11:59 PM ET

Fecha límite de envío de resúmenes de última hora: [5 de marzo de 2025](#) a las 12:00 PM ET

### 26-27 de junio de 2025, Madrid

#### GUARD International Symposium 2025

Fecha límite para resúmenes: [Pendiente de anunciar](#)

### 17-21 de octubre de 2025, Berlín

#### European Society for Medical Oncology (ESMO) 2025

Fecha límite de envío de resúmenes regulares: [13 de mayo de 2025](#), 21:00 CEST

Fecha límite de envío de resúmenes de última hora: [9 de septiembre de 2025](#), 21:00 CEST

### 11-14 de noviembre de 2025, Madrid

#### Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) 2025

Fecha límite para resúmenes: [Pendiente de anunciar](#)

### 3-5 de diciembre de 2025, Madrid

#### XVI Simposio Científico SOGUG

Fecha límite para resúmenes: [Pendiente de anunciar](#)



**nutriactivos**  
Nutrición y ejercicio físico para personas con cáncer renal  
Cuida tu bienestar. Adapta tu alimentación y aprende a incorporar el ejercicio físico a tu plan de tratamiento.

Una iniciativa de: En colaboración con:

[www.nutriactivos-renal.com](http://www.nutriactivos-renal.com)

Si precisa cualquier aclaración adicional o desea solicitar un artículo, puede contactar con nosotros a través de [informacion-medica-es@ipsen.com](mailto:informacion-medica-es@ipsen.com)

Si tiene alguna consulta relacionada con posibles efectos adversos o quiere comunicar sospechas de reacciones adversas de productos de Ipsen, contacte con el departamento de Farmacovigilancia de Ipsen a través del correo electrónico a [pharmacovigilance.spain@ipsen.com](mailto:pharmacovigilance.spain@ipsen.com)

El contenido de esta newsletter está dirigido exclusivamente al profesional sanitario facultado para prescribir o dispensar medicamentos en España, por lo que se requiere una formación especializada para su correcta interpretación.

La información contenida en este mensaje y/o archivo(s) adjunto(s), enviada desde Ipsen Pharma S.A.U., es confidencial/privilegiada y está destinada a ser leída sólo por la(s) persona(s) a la(s) que va dirigida. Le recordamos que sus datos han sido incorporados en el sistema de tratamiento de Ipsen Pharma S.A.U. y que siempre y cuando se cumplan los requisitos exigidos por la normativa, usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión ("derecho al olvido"), portabilidad, oposición y revocación, en los términos que establezca la normativa vigente y aplicable en materia de protección de datos, dirigiendo su petición a la dirección postal en Torre Realía, Pça. Europa, 41-43, 7ª planta, 08908 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) o bien a través de correo electrónico [dataprivacy@ipsen.com](mailto:dataprivacy@ipsen.com). Puede darse de baja de la lista aquí o modificar sus datos aquí.

CBZ-ES-001884, Abril 2025