

RENAL insights
Newsletter informativa sobre las últimas tendencias en cáncer renal.

Editorial

En esta edición, revisamos nuevas estrategias terapéuticas en carcinoma renal avanzado y adyuvante, con especial atención al papel de combinaciones emergentes tras inmunoterapia y a los nuevos datos en primera línea. También abordamos el carcinoma renal de células no claras, un escenario de especial complejidad clínica, y completamos la edición con una revisión práctica de los síndromes de carcinoma renal hereditario.

COORDINADOR: **Dra. Marina Sierra Boada**

EDITORES DEL NÚMERO



Dra. Mayte Delgado Ureña
Especialista en Oncología Médica, Hospital Universitario San Cecilio de Granada



Dra. Amaia Moreno Paul
Especialista en Oncología Médica, Hospital Universitario Galdakao-Usansolo



Dr. Maximiliano Canigiani
Especialista en Oncología Médica, Hospital General de Granollers

ARTÍCULO DEL MES

Combination casdatifan plus cabozantinib expansion cohort of phase 1 ARC-20 study in previously treated patients with clear cell renal cell carcinoma

Choueiri TK, Ornstein MC, Barata PC, et al. J Clin Oncol. 2025;43(16_suppl):4506. En ASCO 2025 se presentaron los datos de la cohorte de expansión del estudio ARC-20, un ensayo fase I que evalúa casdatifan (inhibidor oral de HIF-2α) en combinación con cabozantinib en carcinoma renal de células claras (ccRCC) avanzado previamente tratado.

Se incluyeron 27 pacientes tratados con casdatifan 100 mg y cabozantinib 60 mg diarios, en segunda o posteriores líneas de tratamiento tras inmunoterapia, sola o combinada con anti-VEGF. La mediana de seguimiento fue de 2,9 meses.

El objetivo principal fue la seguridad y la tasa de respuesta objetiva (ORR) según RECIST 1.1. Los eventos adversos relacionados con el tratamiento se observaron en el 89% de los pacientes; los de grado ≥3 más frecuentes fueron anemia (26%) e hipoxia (11%). Se requirieron reducciones de dosis en el 11% de los casos con casdatifan y en el 26% con cabozantinib, con suspensión definitiva en el 4%. No se identificaron efectos adversos inesperados.

En la población evaluable para eficacia (n = 22), la ORR fue del 41%, incluyendo una respuesta completa y ocho respuestas parciales, con actividad consistente en todos los grupos pronósticos IMDC. Aunque con seguimiento aún limitado, la combinación muestra una actividad antitumoral relevante en este escenario. Estos resultados sustentan su evaluación en el estudio fase III PEAK-1, que compara casdatifan más cabozantinib frente a cabozantinib en monoterapia en ccRCC avanzado tras inmunoterapia.

Ir al artículo

DE LA TEORÍA A LA EXPERIENCIA

Claves prácticas en el carcinoma renal de células no claras



Cáncer renal de células no claras
Hasta el 25% de los tumores renales

Dra. Amaia Moreno Paul
Médico especialista en Oncología Médica
Hospital Universitario Galdakao-Usansolo

El cáncer renal de células no claras representa hasta el 25% de los tumores renales y engloba subtipos con una gran heterogeneidad histológica y molecular. Los más frecuentes son el papilar y el cromóforo, que presentan diferencias biológicas y terapéuticas relevantes respecto al carcinoma renal de células claras.

La menor representación de estos tumores en los ensayos clínicos ha condicionado un nivel de evidencia más limitado y ha dificultado la toma de decisiones en la práctica clínica.

En este vídeo revisaremos las características del carcinoma renal papilar y cromóforo, así como la evidencia disponible sobre las principales estrategias terapéuticas y las líneas de investigación en desarrollo.

Dra. Amaia Moreno Paul

EL RINCÓN DEL RESIDENTE

Síndromes de carcinoma renal hereditario

El carcinoma de células renales (CCR) hereditario supone un 5-8% de los tumores renales. Se han descrito hasta 10 síndromes que se asocian al diagnóstico de CCR. La sospecha clínica debe surgir ante CCR en menores de 50 años, bilateralidad, multifocalidad o antecedentes familiares.

El diagnóstico y manejo requieren evaluación genética y vigilancia de tumores asociados.

SÍNDROMES DE CARCINOMA RENAL HEREDITARIO
El síndrome de células renales (CCR) hereditario supone un 5-8% de los tumores renales. Se han descrito hasta 10 síndromes que se asocian al diagnóstico de CCR. El diagnóstico y manejo requieren evaluación genética y vigilancia de tumores asociados.*

Síndrome	Gen	Manifestación renal	Manifestaciones extra-renales	Cáncer tumores renales	Cáncer de intervención	Opciones terapéuticas
Hemifisiocelosis (HFR)	BHL	Cáncer de células renales de células claras	Neurofibromatosis tipo 1 (NF1) Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Aprox. 1 caso a partir de los 10 años Piel admetida con cáncer	Hipertensión arterial Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Abordaje quirúrgico conservador en la mayoría de los casos. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical.
Comando (Comando)	FSD1/FSO2	Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Cáncer 10 años a partir de los 10 años Piel admetida con cáncer	Enfermedad renal crónica Hipertensión arterial Cáncer de células renales de células claras	Hipertensión arterial para el CCR. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical.
Polineuropatía hereditaria (HNP)	SDSB	Cáncer de células renales de células claras	Paraganglioma ciliar y ciliar Neurofibromatosis	Cáncer 2 años a partir de los 10 años Piel admetida con cáncer	Hipertensión arterial Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Hipertensión arterial con manejo conservador. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical.
CCR tipo 2 (CCR2)	FLCN	Cáncer de células renales de células claras	Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Cáncer 3 años a partir de los 10 años Piel admetida con cáncer	Enfermedad renal crónica Hipertensión arterial Cáncer de células renales de células claras	Hipertensión arterial
Polineuropatía hereditaria (HNP)	PRF	Cáncer de células renales de células claras	Polineuropatía hereditaria Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Aprox. a partir de los 10 años Piel admetida con cáncer	Hipertensión arterial Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Hipertensión arterial para el CCR. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical.
Comando (Comando)	HEY1	Cáncer de células renales de células claras	Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Cáncer 10 años a partir de los 10 años Piel admetida con cáncer	Enfermedad renal crónica Hipertensión arterial Cáncer de células renales de células claras	Hipertensión arterial
Comando (Comando)	TRIM21/STK11	Cáncer de células renales de células claras	Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Cáncer 10 años a partir de los 10 años Piel admetida con cáncer	Enfermedad renal crónica Hipertensión arterial Cáncer de células renales de células claras	Hipertensión arterial para el CCR. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical.
Comando (Comando)	PTEN	Cáncer de células renales de células claras	Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Cáncer 10 años a partir de los 10 años Piel admetida con cáncer	Enfermedad renal crónica Hipertensión arterial Cáncer de células renales de células claras	Hipertensión arterial con manejo conservador. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical.
HNP (HNP)	BAP1	Cáncer de células renales de células claras	Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Cáncer 2 años a partir de los 10 años Piel admetida con cáncer	Hipertensión arterial Cáncer de células renales de células claras Cáncer de células renales de células claras	Hipertensión arterial para el CCR. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical. En algunos casos, se requiere nefrectomía radical.

Ir al artículo

ARTÍCULOS DESTACADOS

Novel pembrolizumab-based treatments as first-line therapy in advanced clear-cell renal cell carcinoma: substudy 03A of the open-label, umbrella platform, phase I/II KEYMAKER-U03 trial

Suarez C, Rojas C, Shin SJ, et al. Ann Oncol. 2026;37(2):229-240. En el Congreso ESMO 2025 se presentaron los resultados del subestudio 03A del ensayo de fase Ib/II KEYMAKER-U03, un estudio abierto con diseño adaptativo tipo "umbrella" que evaluó tripletes basados en pembrolizumab como primera línea en carcinoma renal de células claras (ccRCC) avanzado. Se incluyeron 393 pacientes sin tratamiento sistémico previo, aleatorizados 2:1 a distintos brazos experimentales frente a pembrolizumab más lenvatinib.

La ORR por revisión central fue del 80,6% con el doblete de referencia, 77,5% con pembrolizumab+lenvatinib+belzutifan (con mayor tasa de respuestas completas: 12,5% vs 6,5%), 71,3% con quavonlimab+pembrolizumab+lenvatinib y 62,7% con favezelimab+pembrolizumab+lenvatinib; vibostolimab+pembrolizumab+belzutifan mostró menor actividad (42,5%).

En SLP, el triplete con belzutifan alcanzó 31,8 meses frente a 26,3 meses con el doblete (HR 0,45; IC95% 0,25-0,83). Las otras combinaciones mostraron medianas de 18,0, 26,0 y 15,2 meses, respectivamente. La supervivencia global es inmadura. La toxicidad de grado ≥3 fue similar entre doblete y triplete con belzutifan (~70%), con mayor incidencia de anemia en los esquemas con belzutifan.

En la discusión, los autores subrayan que se trata de un estudio no comparativo y no potenciado para contrastes formales entre brazos, por lo que los HR deben interpretarse como exploratorios. Consideran que la adición de belzutifan podría asociarse a un beneficio más duradero en términos de control de la enfermedad, más que a un incremento inicial en la tasa de respuesta, y concluyen que estos resultados justifican su evaluación confirmatoria en un ensayo de fase III (LITESPARK-012).

Ir al artículo

First results from RAMPART: An international phase III randomised-controlled trial of adjuvant durvalumab monotherapy or combined with tremelimumab for resected primary renal cell carcinoma (RCC)

Larkin J, Powles TB, Frangou E, et al. Ann Oncol. 2025;36(Suppl 2):S1635. En ESMO 2025, se presentaron los primeros resultados del estudio RAMPART, un ensayo de fase III aleatorizado en el contexto adyuvante del carcinoma renal (CCR).

Se incluyeron pacientes con CCR de riesgo intermedio o alto de recaída según la escala de Leibovich, así como casos MI NED (metástasis suprarrenal ipsilateral sincrónica o una única metástasis de partes blandas totalmente reseca). Un 16% presentaba histología de no células claras y un 5% eran MI NED. Los pacientes se aleatorizaron (3:2) a vigilancia activa, durvalumab 1500 mg cada 4 semanas durante 1 año, o durvalumab más tremelimumab (75 mg en día 1 y semana 4). Tras la reducción del tamaño muestral prevista (impacto de la COVID-19 y publicación de KEYNOTE-564), el tamaño final del estudio se ajustó a 750 pacientes. Este análisis comparó vigilancia frente a la combinación.

Con una mediana de seguimiento de 3 años, la combinación mejoró significativamente la supervivencia libre de enfermedad (SLE a 3 años: 81% vs 73%; HR 0,65; IC95% 0,45-0,93; p<0,01). El beneficio se concentró en pacientes de alto riesgo (HR 0,52), sin ventaja en riesgo intermedio (HR 1,19; p de interacción = 0,019).

La toxicidad de grado ≥3 fue del 40% con la combinación frente al 8% con vigilancia; el 32% suspendió tratamiento y solo el 23% completó el año previsto. Los eventos más frecuentes fueron diarrea/colitis (23%), elevación de amilasa/lipasa (12%) y elevación de transaminasas (12%). No se observaron diferencias significativas en calidad de vida a 15 meses.

El Dr. Larkin concluyó que la combinación adyuvante mejora la SLE, con un efecto impulsado principalmente por la población de alto riesgo y un perfil de seguridad acorde con lo esperado. Los resultados de durvalumab en monoterapia se esperan en 2026.

Ir al artículo

PRÓXIMOS EVENTOS



16-18 de abril París: IKCS

29 de mayo-2 de junio Chicago: ASCO

23-24 de julio Boston: KCRS

17-18 de septiembre Madrid: GUARD

23-27 de octubre Madrid: ESMO

14-16 de diciembre Londres: ESMO IO

16-17 de abril Vigo: GUO

25-28 de junio San Sebastián: IGCS

29 de septiembre-2 de octubre Madrid: SEOM

18-20 de noviembre Madrid: SOGUG

- 16-17 de abril de 2026, Vigo
GUO – Reunión Nacional del Grupo de Urología Oncológica
- 16-18 de abril de 2026, París
International Kidney Cancer Symposium (IKCS Europe)
- 29 de mayo-2 de junio de 2026, Chicago
American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2026
- 25-26 de junio de 2026, San Sebastián
International Genitourinary Cancer Summit (Fundación ECO)
- 23-24 de julio de 2026, Boston
Kidney Cancer Research Summit (KCRS)
Fecha límite de envío de resúmenes: 4 de mayo de 2026
- 17-18 de septiembre de 2026, Madrid
GUARD International Symposium
29 de septiembre – 2 de octubre de 2026, Madrid
Congreso SEOM 2026
Fecha límite de envío de resúmenes: 4 de mayo de 2026
- 23-27 de octubre de 2026, Madrid
Congreso ESMO 2026
Fecha límite de envío de resúmenes: 12 de mayo de 2026
Fecha límite para resúmenes última hora: 8 de septiembre de 2026
- 18-20 de noviembre de 2026, Madrid
XVII Simposio Científico SOGUG
Fecha límite de envío de resúmenes: Según evento específico
- 14-16 de diciembre de 2026, Londres
ESMO Immuno-Oncology Congress 2026
Fecha límite de envío de resúmenes: Pendiente de confirmación



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: IPSEN, FUNDACIÓN ECO, IGC, en colaboración con: SOGUG

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

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 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 no requiere una formación especializada para su correcta interpretación.

