AUTORES:
Dr. Miguel Ángel Climent Durán
Oncólogo Médico
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia
Dra. Nuria Sala González
Oncóloga Médica
Institut Català d'Oncologia, Girona

BOLETÍN
NÚMERO 11

ESMO 2022

Congreso Europeo de Oncología Médica

NOVEDADES EN CÁNCER RENAL

Sabíamos por los resultados que ya habían sido presentados en otros congresos anteriores que dar un tratamiento con pembrolizumab durante un año en pacientes a los que se les había extirpado el tumor renal y que tenían un tumor de que cumplía unas características concretas por las que se sospechaba un riesgo alto o intermedio de tener una recaída con metástasis al cabo de un tiempo, suponía una disminución importante de este riesgo. El pembrolizumab es un medicamento de inmunoterapia, es decir, que estimula nuestras defensas contra el tumor, provocando así este efecto beneficioso. (Ensayo clínico KEYNOTE-564).

En este congreso se ha presentado los resultados de 3 estudios similares con otros medicamentos parecidos que también son inmunoterapia, atezolizumab (IMmotion 010), nivolumab (PROSPER) y la combinación de dos medicamentos de inmunoterapia: ipilimumab junto con nivolumab (Checkmate 914). Desafortunadamente, ninguno de los tres estudios fue positivo, lo que significa que estos medicamentos no son eficaces en situaciones parecidas a las que se tuvieron en el estudio que se realizó con pembrolizumab. No sabemos claramente por qué estos estudios, que son muy similares al KEYNOTE-564, no han dado unos resultados tan buenos. Una posible explicación podría ser que no todos los medicamentos son iguales o que la duración del tratamiento en los pacientes que recibieron la combinación de ipilimumab y nivolumab fue de 6 meses, la mitad de tiempo del año de tratamiento que recibieron en los otros estudios.

AUTORES:
Dr. Miguel Ángel Climent Durán
Oncólogo Médico
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia
Dra. Nuria Sala González
Oncóloga Médica
Institut Català d'Oncologia, Girona

BOLETÍN
NÚMERO 11

ESMO 2022

Congreso Europeo de Oncología Médica

NOVEDADES EN CÁNCER RENAL

El tratamiento de los pacientes con cáncer renal con metástasis y con un pronóstico (posibilidad de que no sea eficaz) que definimos como intermedio y malo, actualmente consiste en una combinación de dos tratamientos de inmunoterapia (ipilimumab + nivolumab) o en la combinación de un medicamento de inmunoterapia junto con unas pastillas que bloquean el crecimiento tumoral que se llaman inhibidores de tirosinkinasa. Estas últimas combinaciones de dos medicamentos que actúan de forma diferente cada uno puede ser: axitinib + pembrolizumab, cabozantinib + nivolumab, o lenvatinib + pembrolizumab. En este congreso se presentaron los resultados del estudio COSMIC 313, en el que se comparaba la combinación de 2 tratamientos de inmunoterapia (ipilimumab + nivolumab), que es uno de los posibles tratamientos estándar, con esta misma combinación a la que se añadía cabozantinib, con la intención de obtener mejores resultados. La triple combinación fue mejor en los resultados medidos y presentados, como la supervivencia libre de progresión y el porcentaje de respuestas, es decir, en los objetivos a corto plazo, pero todavía no tenemos los datos de supervivencia global, objetivo importante a más largo plazo. Los pacientes que recibieron el tratamiento de combinación con 3 ipilimumab+nivolumab+cabaozantinib tuvieron más efectos secundarios, sobre todo en la función del hígado, en diarrea y en la piel, lo que provocó que la dosis de algunos de los medicamentos de inmunoterapia que recibieron fuera más baja que en los otros pacientes.

AUTORES:
Dr. Miguel Ángel Climent Durán
Oncólogo Médico
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia
Dra. Nuria Sala González
Oncóloga Médica
Institut Català d'Oncologia, Girona

BOLETÍN
NÚMERO 11

ESMO 2022

Congreso Europeo de Oncología Médica

NOVEDADES EN CÁNCER DE VEJIGA y TRACTO URINARIO

En este congreso europeo no hubo grandes aportaciones que supusieran un cambio en el tratamiento estándar de los pacientes con cánceres uroteliales (vejiga y tracto urinario).

Sabíamos por congresos anteriores que en los pacientes operados de vejiga y con características que suponen un alto riesgo de recaer a corto plazo, que el tratamiento con nivolumab durante 1 año disminuye el riesgo de sufrir una recaída en forma de metástasis (Checkmate 274). El nivolumab, como ya se ha dicho anteriormente, es un medicamento de inmunoterapia, es decir, que estimula nuestras defensas del cuerpo en contra de la enfermedad. Se presentaron en este congreso datos sobre posibles marcadores o características del tumor que nos puedan orientar sobre en qué pacientes el tratamiento puede ser más eficaz y en qué pacientes no. Determinados mascadores de la inmunidad presentes en el tumor o alrededor de él (CD8, volumen de mutaciones presentes, presencia de determinados genes agrupados en lo que se llama firma de interferón) indican una mayor posibilidad de éxito, pero no son lo suficientemente exactos como para que nos indiquen a quién dar y a quién no dar el tratamiento.

Las mismas conclusiones son a las que llegamos tras la presentación de los biomarcadores en el estudio IMvigor 130 en pacientes que tenían metástasis y que fueron tratamos con quimioterapia, quimioterapia + atezolizumab (inmunoterapia) o sólo con atezolizumab.

Las estructuras linfoides terciarias detectadas en la biopsia de los tumores así como la detección de una asa de cromatina POU2F2, parece tener importancia en descubrir qué pacientes evolucionarán mejor tras recibir un tratamiento con quimioterapia y avelumab (inmunoterapia) de mantenimiento (Ensayo Clínico Javelin Bladder100), pero son resultados preliminares que requieren más estudios para poder saber si nos servirán para poder tomar decisiones de tratar o no tratar a un paciente concreto.

AUTORES:
Dr. Miguel Ángel Climent Durán
Oncólogo Médico
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia
Dra. Nuria Sala González
Oncóloga Médica
Institut Català d'Oncologia, Girona

BOLETÍN
NÚMERO 11

ESMO 2022

Congreso Europeo de Oncología Médica

NOVEDADES EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Actualmente para el tratamiento del cáncer de próstata avanzado disponemos de distintos tipos de fármacos: tratamientos hormonales, citostáticos (quimioterapia), tratamientos diana (hacen efecto sobre alguna molécula específica que tenga el tumor) y radiofármacos (fármacos que contienen sustancias radioactivas).

Podemos diferenciar distintas fases del cáncer próstata: localizado o avanzado. En el segundo tipo, podemos también separar dos etapas: la primera, hormonosensible, es cuando el tumor aparece o reaparece siendo sensible al tratamiento hormonal y resistente a castración, cuando el tumor progresa bajo el tratamiento hormonal de deprivación androgénica. En ESMO 2022 se han presentado datos en los distintos estadíos.

Cáncer de próstata localizado

Hasta ahora no teníamos suficiente evidencia del papel de la deprivación androgénica en los pacientes que precisaban radioterapia tras un tratamiento quirúrgico (prostatectomía) ni tampoco de la duración óptima. En el estudio RADICALS-HD se examinó si el tratamiento de deprivación androgénica retrasaba la aparición de metástasis y la duración de este tratamiento hormonal con este objetivo. En el estudio, no se vieron diferencias en el tiempo a aparición de metástasis entre los pacientes que no hacían tratamiento de deprivación androgénica y los que lo hacían durante 6 meses; en cambio sí se observaba beneficio en los pacientes donde la duración del tratamiento fue de 24 meses.

AUTORES:
Dr. Miguel Ángel Climent Durán
Oncólogo Médico
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia

Dra. Nuria Sala González
Oncóloga Médica
Institut Català d'Oncologia, Girona

BOLETÍN
NÚMERO 11

ESMO 2022

Congreso Europeo de Oncología Médica

NOVEDADES EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Cáncer de próstata metastásico hormonosensible.

Actualmente tratamos a los pacientes en este estadío de la enfermedad con combinaciones hormonales de deprivación androgénica y tratamientos orales hormonales o bien con combinaciones con deprivación androgénica y quimioterapia, sin tener comparaciones entre las distintas opciones de tratamiento.

Con el fin de mejorar los resultados publicados hasta ahora, en ESMO se han presentado los resultados de los pacientes que participaron en el ensayo fase III STAMPEDE, comparando un doblete hormonal con abiraterona-enzalutamida o bien abiraterona, viendo que no había diferencias en el beneficio con la adición de enzalutamida al tratamiento, pero en cambio aumentaba la toxicidad.

Se actualizó i habló sobre como optimizar el tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata metastásico hormonosensibles. Se habló del papel del valor del PSA como posible factor pronóstico en tres estudios diferentes: en el estudio PEACE1, el valor del PSA a los 8 meses de tratamiento puede ser un factor pronóstico asociado a mayor supervivencia en los pacientes donde se alcanzaban niveles por debajo de 0.2 ng/ml. Se observó que los pacientes que no alcanzaban un nivel de PSA por debajo de 0.2, tenían el mismo beneficio en supervivencia con el doblete (deprivación androgénica y abiraterona) que con el triplete (depravación androgénica, docetaxel y abiraterona); el valor del PSA también observado en el estudio ARASENS (el triplete de deprivación androgénica, docetaxel y darolutamida), donde un PSA indetectable a las 24 semanas se asociaba a mayor supervivencia.

AUTORES:
Dr. Miguel Ángel Climent Durán
Oncólogo Médico
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia

Dra. Nuria Sala González
Oncóloga Médica
Institut Català d'Oncologia, Girona

BOLETÍN
NÚMERO 11

ESMO 2022

Congreso Europeo de Oncología Médica

NOVEDADES EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Se comunicó un estudio retrospectivo del estudio STAMPEDE, el papel de la afectación de ganglios linfáticos como factor pronóstico adverso, donde los pacientes con afectación ganglionar y ósea tenían peor pronóstico que aquellos que sólo tenían ósea y respondían mejor al tratamiento con deprivación androgénica con abiraterone-prednisona que con la combinación de derivación androgénica con docetaxel.

Cáncer de próstata metastásico resistente a castración

Se comunicaron los resultados del estudio CABASTY en pacientes que se trataban con cabazitaxel con el esquema habitual o bien con una pauta bisemanal a dosis reducidas. No hubo diferencias en eficacia entre las dos pautas de tratamiento, mostrando la pauta bisemanal una mejor tolerancia y un buen control sintomático.

Por último, se presentaron los resultados del estudio Keylink 010, que fueron negativos, dado que no se vio diferencia entre recibir la combinación pembrolizumab 200mg cada 3 semanas y olaparib 300mg cada 12 horas o bien el agente hormonal que no había recibido previamente: Abiraterona 1000mg (si enzalutamida) o bien enzalutamida (si abiraterona). Es interesante el análisis exploratorio con muestras tumorales , analizando los pacientes que tenían mutaciones en genes de reparación de ADN (mutaciones HRR) con los que no; el análisis sugirió un beneficio potencial a favor de la combinación de pembrolizumab + olaparib en los pacientes con mutaciones.

AUTORES:
Dr. Miguel Ángel Climent Durán
Oncólogo Médico
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia
Dra. Nuria Sala González
Oncóloga Médica
Institut Català d'Oncologia, Girona

BOLETÍN
NÚMERO 11

ESMO 2022

Congreso Europeo de Oncología Médica

NOVEDADES EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Conclusiones:

Este año ESMO en cáncer de próstata no hemos tenido grandes cambios en los tratamientos estándar pero sí nos ha presentado datos de cómo podemos optimizarlos.

1. Se objetiva el beneficio del tratamiento de deprivación androgénica durante 24 meses con la radioterapia tras prostatectomía en una selección de pacientes.

2. Los tripletes hormonales no aportan beneficio sobre los dobletes.

3. Un nuevo esquema de tratamiento con cabazitaxel mejora su tolerancia sin perder eficacia.