

La reunión anual de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO) de este año se llevó a cabo de manera virtual y presencial del 3 al 7 de junio de 2022. Las presentaciones están disponibles para ver en el [sitio web de la ASCO](#). La Coalición Internacional contra el Cáncer de Riñón (IKCC) revisó el programa científico virtual para mantenerse al tanto de los últimos avances en el cuidado y tratamiento de pacientes con cáncer de riñón.

Tenga en cuenta: El siguiente resumen se preparó para beneficio de los defensores de los pacientes y las organizaciones de pacientes de todo el mundo que se enfocan en el cáncer de riñón. Si bien este resumen ha sido revisado médicamente, la información que contiene se basa en datos públicos compartidos en esta reunión y no pretende ser exhaustiva ni actuar como consejo médico. Los pacientes deben hablar con su médico sobre su propio cuidado y tratamiento.

¿Puede la terapia adyuvante ayudar a las personas con cáncer de riñón de alto riesgo?

La terapia adyuvante es un medicamento que se administra algunas semanas después de la cirugía para tratar de prevenir o retrasar la reaparición del cáncer. La terapia adyuvante se puede usar para eliminar cualquier célula cancerosa microscópica restante que no se pueda ver en las exploraciones, o puede controlar el crecimiento de cualquier cáncer restante.

La nefrectomía es el estándar de atención para el cáncer de riñón localizado; sin embargo, el cáncer puede regresar en algunas personas después de la cirugía (recurrencia). La terapia adyuvante ayudaría a prevenir la recurrencia de la enfermedad tras la nefrectomía en pacientes con cáncer renal localizado de alto riesgo. Tanto los inhibidores de la tirosina quinasa (TKI) como las inmunoterapias se han probado como terapias adyuvantes para el cáncer de riñón, pero el beneficio para los pacientes no ha sido uniforme.

¿Es el tratamiento temprano con terapia adyuvante saludable, rentable y sabio: la perspectiva del paciente?

[Sesión educativa E451](#) Durante esta discusión, Deb Maskens, miembro fundador y exvicepresidente de IKCC, presentó la perspectiva del paciente sobre el costo y la eficacia de la terapia adyuvante para personas con cáncer de riñón. Durante esta presentación se utilizaron datos de encuestas realizadas por KCCure e IKCC.

Existe una gran necesidad insatisfecha de terapia adyuvante para pacientes con cáncer de riñón para ayudarlos a vivir más tiempo con una mejor calidad de vida. La terapia adyuvante ideal permitiría la selección de pacientes en función del riesgo individual, proporcionaría un claro beneficio para los pacientes, sería tolerable sin efectos secundarios a largo plazo y sería asequible, accesible y aceptable para los pacientes y sus familias.

Las opiniones de los pacientes sobre las terapias dirigidas adyuvantes (inhibidores de la tirosina quinasa, TKI) fueron negativas en general. Una encuesta realizada por KCCure indicó que los pacientes solo tomarían terapia adyuvante si hubiera un claro beneficio de supervivencia (25 %) o un período prolongado en el que

permaneció libre de cáncer en las exploraciones de seguimiento (60%). La aceptación de los TKI adyuvantes ha sido escasa debido a la falta de beneficios de supervivencia y los efectos secundarios conocidos.

Para las personas que toman inmunoterapia adyuvante, la mitad de los encuestados esperaba que el riesgo de que su cáncer regresara fuera de alrededor del 40-50%. Menos del 10 % de los pacientes dijeron que no tomarían inmunoterapia adyuvante debido a los posibles efectos secundarios. En una pregunta de seguimiento, alrededor del 50 % aceptaría el riesgo del uso de esteroides para controlar los efectos secundarios si ese riesgo estuviera en el rango del 20 al 25 %.

¿Para qué personas es aconsejable la terapia adyuvante? Antes de tomar inmunoterapia adyuvante, las personas deben considerar los posibles efectos secundarios (alrededor de una quinta parte de las personas tienen efectos secundarios graves o potencialmente mortales), recibir tratamiento cuando no es necesario, los costos de los medicamentos (en países sin un sistema de salud estatal), tener que van al hospital para recibir infusiones de inmunoterapia durante aproximadamente un año y su calidad de vida mientras toman el medicamento.

¿Es el tratamiento temprano saludable, rico y sabio? Esto depende de si el tratamiento se puede retrasar de manera segura sin que el cáncer regrese, si las metástasis se pueden tratar localmente (con radioterapia, por ejemplo) y si los tratamientos combinados pueden eventualmente curar el cáncer de riñón que se ha diseminado a otras partes del cuerpo (metastasis renal). cáncer). ¿Dónde encaja la inmunoterapia adyuvante en el camino del tratamiento?

Desafortunadamente, no contamos con ensayos clínicos comparativos para responder estas preguntas, ahora o en el futuro.

El desarrollo de nuevos tratamientos necesita la voz del paciente para garantizar que los puntos finales de los ensayos clínicos sean relevantes para los pacientes, que haya evaluaciones significativas de la calidad de vida y que los pacientes participen en el diseño del estudio. Los pacientes también necesitan ayudas para la toma de decisiones compartidas para ayudar con las decisiones de tratamiento junto con sus médicos. ¡Dejar a los pacientes fuera no es saludable ni sabio!

¿Puede el everolimus adyuvante prevenir la recurrencia después de la cirugía?

[Resumen LBA4500](#) Este estudio de fase 3 (llamado ensayo EVEREST) analizó el efecto de la terapia adyuvante con una tableta llamada everolimus, un tipo de inhibidor de mTOR. Las personas en este estudio tenían un cáncer que aún no se había propagado, pero que tenían un alto riesgo de que su cáncer regresara.

Había 1545 pacientes en el estudio. La mitad de estos pacientes fueron asignados al azar para recibir everolimus, la otra mitad recibió una tableta de placebo. Todos los pacientes tenían un riesgo intermedio a alto de que su cáncer regresara. La mayoría de los pacientes tenían cáncer de riñón de células claras, el 17% tenía cáncer de riñón de células no claras.

Los pacientes fueron seguidos durante un promedio de más de 6 años. Durante este tiempo, everolimus mejoró la supervivencia sin cáncer en comparación con el placebo, pero la diferencia no fue significativa (64 % en comparación con 61 % a los 6 años). Esto significa que este resultado puede deberse al azar y no fue un efecto real. En pacientes con un riesgo muy alto de su cáncer.

al regresar, hubo una mejora del 21 % en la supervivencia sin cáncer con everolimus. Se encontró que esto era estadísticamente significativo. El tiempo de supervivencia global fue similar tanto para el grupo de everolimus como para el grupo de placebo. Más personas se retiraron debido a los efectos secundarios del everolimus (37% versus 5%), la mayoría de ellos graves o potencialmente mortales.

En conclusión, el everolimus no mejoró significativamente la supervivencia sin cáncer después de la nefrectomía en pacientes con cáncer de riñón que tenían un riesgo intermedio o alto de reaparición en comparación con el placebo. La terapia adyuvante con everolimus puede ser más relevante en personas con un riesgo muy alto de que su cáncer regrese. La gran pregunta es si este tratamiento se usará cuando se haya demostrado que otras opciones, como el pembrolizumab adyuvante, son potencialmente mejores para prevenir la reaparición del cáncer de riñón.

¿Pueden las bacterias intestinales ayudar a mejorar la eficacia y la tolerancia de la inmunoterapia para las personas con cáncer de riñón metastásico?

¿Pueden las bacterias intestinales aumentar la eficacia de la inmunoterapia?

Resumen 4510 Este estudio surgió porque se observó que las personas que recibieron antibióticos mientras también recibían inmunoterapia tenían peores respuestas al tratamiento que las personas que no tomaron antibióticos. Esto podría deberse a que los antibióticos cambian el tipo de bacteria en el intestino, lo que a su vez afecta el funcionamiento del sistema inmunitario intestinal.

Estos cambios finalmente afectan la forma en que todo el sistema inmunitario puede combatir no solo las bacterias, sino también el cáncer.

La evidencia reciente sugiere que las bacterias en el intestino (el microbioma intestinal) interactúa con la inmunoterapia en el cáncer de riñón metastásico. Se ha investigado la bacteria *Clostridium butyricum*, que produce butirato, para ver si puede modificar las bacterias en el intestino.

Se analizaron los resultados clínicos en pacientes con cáncer de riñón metastásico tratados con medicamentos de inmunoterapia, nivolumab más ipilimumab. *Clostridium butyricum* es la bacteria clave en CBM-588.

Algunos estudios anteriores que utilizaron CBM 588 parecían mejorar la respuesta a la inmunoterapia en personas que tomaban antibióticos.

El objetivo del estudio actual fue ver si cambiar los genes de resistencia a los antibióticos usando CBM 588 podría mejorar la respuesta a la inmunoterapia. 29 pacientes con cáncer de riñón metastásico con alto riesgo de enfermedad grave se agruparon en dos grupos. Un grupo recibió tratamiento con nivolumab más ipilimumab y el otro grupo recibió tratamiento con nivolumab más ipilimumab y CBM 588.

Sus muestras de heces fueron analizadas en busca de bacterias. Los investigadores también observaron los genes de resistencia a los antibióticos para los tipos más comunes de antibióticos.

Casi tres veces más personas respondieron al tratamiento de inmunoterapia mientras tomaban CBM 588 en comparación con las que no tomaban CBM 588. Además, los genes de resistencia a los antibióticos se redujeron en las personas que recibieron tratamiento con CBM 588 e ipilimumab más nivolumab.

Este estudio muestra que la respuesta de los pacientes con cáncer de riñón a la inmunoterapia puede mejorarse cambiando los tipos de bacterias en el intestino. Este es un estudio muy pequeño, pero bastante interesante. Se espera ansiosamente más estudios.

Las bacterias intestinales pueden ayudar a prevenir los efectos secundarios en personas con cáncer de riñón metastásico tratadas con inmunoterapia

Resumen 4553 Las bacterias en el intestino desempeñan un papel vital en el desarrollo de la inmunidad a las enfermedades y pueden controlar la respuesta inmunitaria causada por la inmunoterapia en personas con cáncer. Este estudio de fase 1 analizó un proceso llamado trasplante de heces (o trasplante de microbiota fecal) en el que las bacterias fecales y otros microbios de personas sanas se transfieren a otras personas para ayudar a tratar enfermedades. Esto se hizo antes de la inmunoterapia para hacer que las bacterias intestinales fueran más resistentes, que el tratamiento fuera más tolerable y mejorar la respuesta al tratamiento.

Este estudio está actualmente en curso para analizar la seguridad de las combinaciones de trasplante de heces e inmunoterapia como primer tratamiento para el cáncer de riñón metastásico. El estudio también está evaluando si el trasplante de heces puede reducir la cantidad de efectos secundarios relacionados con el sistema inmunitario de la inmunoterapia.

Hasta el momento, 10 pacientes con cáncer de riñón metastásico han tenido un trasplante de heces y tratamiento con inmunoterapia combinada. Todos los pacientes tenían enfermedad de riesgo intermedio o alto y han sido seguidos durante casi 6 meses. 4 pacientes abandonaron el estudio debido a efectos secundarios relacionados con el sistema inmunitario (colitis y artritis) y 8 pacientes en total informaron efectos secundarios relacionados con el sistema inmunitario, como diarrea y erupción cutánea. La mayoría de los efectos secundarios fueron graves o potencialmente mortales (60%). 4 pacientes respondieron al tratamiento y su cáncer se hizo más pequeño.

Se necesitan más estudios para analizar el papel del trasplante de heces en la prevención de los efectos secundarios de la inmunoterapia y para observar los cambios en las bacterias intestinales.

Supervivencia y calidad de vida con la combinación cabozantinib más nivolumab

¿El grado de respuesta a cabozantinib más nivolumab afecta los resultados clínicos?

Resumen 4501 Se presentaron los resultados en curso del ensayo clínico de fase 3 CheckMate-9ER con nivolumab (una infusión de inmunoterapia) más cabozantinib (un comprimido inhibidor de la tirosina quinasa). Los datos anteriores del estudio CheckMate 9ER mostraron que

la combinación de nivolumab más cabozantinib duplicó el tiempo promedio hasta que el tratamiento dejó de funcionar y el cáncer comenzó a crecer nuevamente en comparación con sunitinib. Además, casi el doble de pacientes respondieron a la combinación.

En esta presentación, se comparó la disminución del tamaño del tumor con los resultados clínicos en personas con cáncer de riñón metastásico que habían sido tratadas con nivolumab más cabozantinib o sunitinib.

En general, más pacientes tratados con la combinación tuvieron una reducción de más del 50 % en el tamaño del tumor en comparación con los pacientes tratados con sunitinib. Estas respuestas se asociaron con un tiempo más largo hasta que el cáncer comenzó a crecer nuevamente a los 12 meses en comparación con sunitinib. Sin embargo, los tiempos de supervivencia general fueron similares con el tratamiento combinado y sunitinib, aunque no está del todo claro por qué la supervivencia no mejoró significativamente en este grupo.

En este estudio, se observaron disminuciones más grandes en el tamaño del tumor en más pacientes que tomaron nivolumab más cabozantinib que en los que tomaron sunitinib. Las grandes disminuciones en el tamaño del tumor no se relacionaron con una mayor supervivencia en este estudio, aunque no está del todo claro qué factores influyen exactamente en la supervivencia.

¿Cómo afecta la calidad de vida a los resultados clínicos con cabozantinib más nivolumab?

Resumen 4502 Información de seguimiento adicional del ensayo clínico de fase 3, CheckMate-9ER, muestra que cabozantinib usado junto con nivolumab sigue siendo mejor que una tableta de inhibidor de tirosina quinasa sola para reducir el tamaño del cáncer y mejorar la supervivencia en pacientes con cáncer de riñón metastásico que no habían tenido previamente tomado algún medicamento.

Después de un tiempo de seguimiento promedio de casi tres años (33 meses), la combinación de cabozantinib más nivolumab continuó mostrando una mayor supervivencia, control del cáncer y reducción del cáncer en las exploraciones en comparación con sunitinib (una tableta inhibidora de la tirosina cinasa).

Los investigadores querían ver si había una relación directa entre la calidad de vida y la supervivencia en pacientes que tomaban la combinación de cabozantinib más nivolumab para el riñón metastásico. cáncer.

Los efectos secundarios, como la sensación de cansancio y los que parecían molestar al paciente, hicieron que más pacientes se sintieran mal antes de que su cáncer empeorara. El tiempo de supervivencia global se relacionó con la calidad de vida. Los pacientes que tenían una mejor calidad de vida al inicio del estudio tenían un menor riesgo de morir. Después de 6 meses, los pacientes con una calidad de vida mejorada o estable tuvieron una reducción del 52 % en el riesgo de muerte en comparación con aquellos cuya calidad de vida había empeorado.

Estos resultados mostraron una relación entre la calidad de vida y los resultados clínicos en pacientes que tomaron la combinación de cabozantinib más nivolumab. Por lo tanto, los resultados informados por los pacientes pueden ser útiles para describir la experiencia del paciente durante un ensayo clínico y predecir los resultados clínicos durante la práctica clínica habitual.

Datos de seguimiento de tres años del estudio de belzutifan para el cáncer de riñón metastásico pretratado

Resumen 4509 Los tratamientos para las personas con cáncer de riñón metastásico han cambiado en los últimos años, lo que ha dado lugar a grandes mejoras en los resultados y la supervivencia de los pacientes. Sin embargo, para la mayoría de los pacientes, lamentablemente, su cáncer eventualmente empeora con el tratamiento actual. tratos.

Los estudios que analizan los genes de las personas con cáncer de riñón han mostrado mutaciones en un gen llamado gen von Hippel-Lindau (*VHL*). Esto da como resultado altos niveles de una proteína llamada factor inducible por hipoxia o HIF-2 γ en la sangre de estos pacientes. Esto provoca cambios en las células cancerosas que dan como resultado el crecimiento del tumor. Un nuevo medicamento, llamado inhibidor del factor 2 γ inducible por hipoxia (HIF-2 γ), o belzutifan, es una tableta que bloquea la acción de HIF-2 γ . Esto ocurre en más del 90 % de los pacientes con cáncer de riñón con un subtipo de células claras.

Un estudio anterior mostró que belzutifan tenía una actividad antitumoral duradera y era tolerable para las personas con cáncer de riñón metastásico.

En ASCO 2022, los resultados actualizados de este ensayo presentaron más de 3 años de datos de seguimiento. De los 55 pacientes en el estudio, el 16% de los pacientes continuaron con belzutifan después de 3 años. El 62% de los pacientes habían interrumpido el tratamiento porque, lamentablemente, su cáncer se agravó. peor.

El tiempo promedio hasta que el tratamiento dejó de funcionar y el cáncer comenzó a crecer nuevamente fue de 14,5 meses. El cáncer se controló en el 80% de los pacientes.

El 40 % de los pacientes tuvo un efecto secundario grave, principalmente niveles bajos de hemoglobina en sangre (anemia) y niveles bajos de oxígeno en sangre (hipoxia). No hubo efectos secundarios que amenazaran la vida ni muertes durante los 3 años de seguimiento que fueron causados por el tratamiento.

Estos resultados muestran que belzutifan puede controlar el cáncer en una gran proporción de pacientes con cáncer de riñón metastásico que ya han sido tratados con medicamentos contra el cáncer. Belzutifan es un tratamiento tolerable para la mayoría de los pacientes. Está en marcha un ensayo de fase 3 en pacientes con cáncer de riñón metastásico, que compara belzutifan con everolimus. Si ese estudio muestra una ventaja de tomar belzutifan sobre everolimus, es probable que belzutifan se apruebe como una opción de tratamiento para pacientes con cáncer de riñón metastásico en el próximo año más o menos.

Nuevas combinaciones para el cáncer de riñón metastásico

¿Pueden durvalumab o savolitinib solos o en combinación con tremelimumab mejorar la supervivencia en pacientes con cáncer de riñón metastásico?

Resumen LBA4503 CALYPSO es un estudio de fase 2 que analizó 3 nuevos medicamentos utilizados para tratar el cáncer de riñón metastásico que se diseminó a otras partes del cuerpo. Los medicamentos que se probaron se llamaron durvalumab (una infusión de inmunoterapia llamada inhibidor de PD-L1), savolitinib (una tableta de terapia dirigida llamada inhibidor de MET) y tremelimumab (una infusión de inmunoterapia llamada inhibidor de CTLA-4). Durvalumab y savolitinib se probaron solos, y durvalumab se probó en combinación con savolitinib o tremelimumab en pacientes con cáncer renal metastásico de células claras o papilar.

Se ha descubierto que una proteína llamada MET (también llamada receptor del factor de crecimiento de hepatocitos) estimula el crecimiento y desarrollo de tumores. Savolitinib puede bloquear MET, que ha demostrado ser eficaz en pacientes con cáncer de riñón papilar.

Esta presentación informa sobre la eficacia de estos medicamentos en pacientes con cáncer de riñón de células claras metastásico. Los pacientes habían sido tratados previamente con una terapia dirigida, llamada inhibidor de la tirosina quinasa, pero no con inmunoterapia ni inhibidores de MET. Esta presentación informa los datos de 139 pacientes después de 12 meses de tratamiento.

El estudio no mostró ningún beneficio significativo con savolitinib solo o en combinación con durvalumab o tremelimumab en pacientes con cáncer de riñón de células claras metastásico.

Todavía no se sabe si estos medicamentos funcionan mejor en pacientes con riñón papilar cáncer.

Potenciales biomarcadores de eficacia de los tratamientos para el cáncer de riñón

Supervisión de la eficacia de sunitinib en el cáncer de riñón metastásico mediante información tumoral personalizada y análisis de ctDNA

Resumen 4525 Alrededor de un tercio de los casos de cáncer de riñón se diagnostican cuando el cáncer ya se ha propagado a otros tejidos y órganos (etapa 4). Los pacientes con cáncer de riñón en etapa 4 o metastásico tienen malos resultados y menos de la mitad de ellos sobrevivirá durante 5 años.

Los médicos necesitan una forma de evaluar la eficacia de los medicamentos para el cáncer de riñón metastásico y monitorear el progreso de la enfermedad.

Los biomarcadores son sustancias que ocurren naturalmente en el cuerpo y que se pueden usar para evaluar el progreso de una enfermedad o un proceso corporal. Los biomarcadores líquidos se encuentran en la sangre. Los biomarcadores líquidos, como el ADN tumoral circulante (ctDNA), se pueden utilizar para evaluar la enfermedad en respuesta al tratamiento. También se puede utilizar para controlar el estado de la enfermedad a lo largo del tiempo y predecir la progresión.

Este estudio analizó si el ctDNA que había sido personalizado para tumores de cáncer de riñón podría usarse para evaluar la respuesta de pacientes con cáncer de riñón metastásico al tratamiento con sunitinib.

Hubo 21 pacientes con cáncer de riñón metastásico en el estudio. Todos fueron tratados con sunitinib y se sometieron a cirugía para extirpar el cáncer de riñón durante su segundo ciclo de tratamiento con sunitinib.

Se observaron niveles más altos de ctDNA en la sangre de pacientes con muchas metástasis en comparación con pacientes con una sola metástasis. Durante el estudio, los pacientes cuyos niveles de ctDNA habían aumentado desde el inicio del estudio tenían más probabilidades de tener una progresión de su cáncer en comparación con aquellos cuyos niveles de ctDNA habían disminuido.

El estudio mostró que durante el tratamiento con sunitinib, la progresión de la enfermedad era más probable en pacientes con un aumento en ctDNA desde el comienzo del estudio. Los niveles elevados de ctDNA en la sangre redujeron el tiempo de progresión de la enfermedad después del primer tratamiento con sunitinib. Esto proporciona una razón para modificar la medicación para mejorar la respuesta al tratamiento. Se necesitan estudios que involucren a más pacientes con cáncer de riñón metastásico.

Terapias combinadas para el cáncer de riñón pretratado

Batiraxcept en combinación con cabozantinib se muestra prometedor para el tratamiento del cáncer de riñón metastásico que ya ha sido tratado

Resumen 511 Batiraxcept es una proteína que bloquea la acción de AXL, una proteína que promueve el crecimiento de células tumorales y suprime el sistema inmunitario. Cabozantinib es un inhibidor del receptor de tirosina quinasa (o TKI). El primer objetivo de este estudio de fase 1b fue encontrar la mejor dosis de batiraxcept para usar en combinación con cabozantinib para personas con cáncer de riñón metastásico que ya habían sido tratadas con medicamentos anteriores. Los objetivos secundarios fueron encontrar la mejor dosis para usar en los estudios de fase 2, una respuesta al tratamiento y la duración de esta respuesta.

Había 26 pacientes en el estudio. Todos los pacientes habían sido tratados con una terapia dirigida o una inmunoterapia o ambas. Tres cuartas partes de ellos tenían enfermedad de riesgo intermedio o alto. Los pacientes fueron seguidos durante un promedio de 5 meses y 24 pacientes permanecieron en el estudio. El 65% tuvo efectos secundarios, siendo los más comunes disminución del apetito, diarrea y fatiga. Cuatro pacientes tuvieron efectos secundarios graves y no hubo efectos secundarios que amenazaran la vida ni muertes.

Todos los pacientes (100%) continuaron respondiendo al tratamiento a los 3 meses. Después de 6 meses, el tratamiento detuvo el crecimiento del cáncer y siguió funcionando en el 79 % de los pacientes. La combinación de batiraxcept y cabozantinib fue bien tolerada.

¿Cuál es el efecto de los tratamientos posteriores en pacientes con cáncer de riñón metastásico con lenvatinib más pembrolizumab o sunitinib?

Resumen 4514 En esta presentación de póster, se analizó el impacto de los tratamientos en pacientes con cáncer de riñón metastásico que habían recibido lenvatinib más pembrolizumab o sunitinib. En el estudio CLEAR de fase 3, lenvatinib más pembrolizumab mejoraron significativamente el momento en que el cáncer comenzó a crecer nuevamente y el tiempo de supervivencia general en comparación con sunitinib cuando se administró como primer medicamento. Este estudio analizó el momento en que el cáncer comenzó a crecer nuevamente para el siguiente medicamento que se administró.

Para los pacientes que fueron tratados con la combinación de lenvatinib más pembrolizumab, el tiempo promedio hasta que el tratamiento dejó de funcionar después de comenzar con el siguiente medicamento fue de 12,2 meses. Para sunitinib, esto se redujo casi a la mitad a los 6,4 meses.

Este estudio mostró que el beneficio de la combinación de lenvatinib más pembrolizumab se mantuvo durante el segundo medicamento después de que la combinación fracasó, lo que respalda aún más a lenvatinib más pembrolizumab como tratamiento estándar como primer medicamento para el cáncer de riñón metastásico.

Cáncer de riñón en personas que han tenido un trasplante de riñón: ¿Tiene algún papel el cribado?

Resumen 10528 Las personas que han tenido un trasplante de cáncer de riñón tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de riñón debido a un sistema inmunitario debilitado. La mayoría de los cánceres de riñón en estas personas se desarrollan en el riñón original. Esto puede afectar la supervivencia a largo plazo. La detección del cáncer de riñón en personas que han tenido un trasplante de riñón no es rutinaria.

Hubo 1998 personas que se sometieron a un trasplante de riñón en un hospital de Estados Unidos. De estos, 16 (menos del 1%) desarrollaron cáncer de riñón. Otras 4 personas con cáncer de riñón recibieron un trasplante de riñón en otro hospital, pero fueron objeto de seguimiento en el estudio.

El número total de pacientes con cáncer de riñón en el estudio fue, por lo tanto, 20.

El tiempo promedio para el diagnóstico de cáncer de riñón fue de 8 años. La mayoría de los cánceres eran de células claras (tres cuartas partes). Aunque el 20% eran cáncer renal papilar y el 5% cáncer renal cromóforo. El 60 % del cáncer se desarrolló en el riñón original, mientras que el 40 % se desarrolló en el riñón trasplantado.

Las personas se dividieron en dos grupos: los que se sometieron a exámenes de detección regulares con ecografías o tomografías computarizadas cada 2 años (12 personas) y los que no se sometieron a exámenes de detección (8 personas). Todas las personas que se sometieron a exámenes de detección se "curaron" mediante nefrectomía o crioterapia. De aquellos que no se sometieron a exámenes de detección regulares, más de un tercio tenían cáncer de riñón en etapa 4 y 2 personas fallecieron.

Todos los pacientes con trasplante de cáncer de riñón que fueron evaluados tuvieron un diagnóstico temprano de cáncer de riñón y no hubo muertes. Una cuarta parte de las personas que no fueron examinadas tuvieron un diagnóstico tardío de cáncer de riñón y fallecieron. La detección del cáncer de riñón en personas que se han sometido a un trasplante de riñón es eficaz para el diagnóstico precoz del cáncer de riñón y mejora la

supervivencia. Esto se aplica a todos los subtipos de cáncer de riñón, incluidos los de células claras, papilar y cromóforo. Se necesita más investigación sobre la rentabilidad de la detección.

Este estudio refuerza la necesidad de un seguimiento a largo plazo de las personas que han tenido un trasplante de riñón. Las exploraciones no solo deben enfocarse en el riñón trasplantado, sino también en el riñón original. Debido a que estos pacientes están inmunodeprimidos, un diagnóstico temprano dará como resultado una mejor supervivencia. Estos pacientes también tienen una mejor oportunidad de ser tratados con nefrectomía parcial o crioablación, salvando la función renal.

En las últimas dos décadas, las personas que se han sometido a un trasplante de riñón han aumentado su supervivencia y merecen una vigilancia de por vida de los riñones (tanto originales como trasplantados). La proporción de personas que desarrollan cáncer de riñón en esta población es como la población no trasplantada.

Supervivencia mejorada de cánceres metastásicos con inmunoterapia en los EE. UU.: implicaciones para pacientes de edad avanzada (75 años o más)

Resumen 12039 Las inmunoterapias han cambiado la forma en que se tratan muchos tipos de cáncer. Faltan datos sobre el impacto de las inmunoterapias en los EE. UU., particularmente en los ancianos. En este estudio, se evaluó a partir de una base de datos el efecto de la inmunoterapia en varios cánceres metastásicos diferentes (melanoma, cáncer de pulmón, cáncer de riñón, cáncer de cabeza y cuello, linfoma de Hodgkin y cáncer urotelial).

Hubo 363.191 pacientes con cánceres metastásicos incluidos en el estudio, el 7% de los cuales tenían cáncer de riñón. La edad promedio fue de 66 años. Los cánceres metastásicos diagnosticados cuando las inmunoterapias estaban disponibles habían mejorado el tiempo de supervivencia general, excepto los cánceres uroteliales. Esto se mostró en pacientes de edad avanzada (75 años o más) con cáncer de riñón.

Los cánceres metastásicos diagnosticados cuando las inmunoterapias estaban disponibles habían mejorado el tiempo de supervivencia general y el tiempo de supervivencia específico del cáncer, incluidos los pacientes de 75 años o más. Las inmunoterapias no deben negarse a los pacientes debido a su edad.

A medida que las personas viven más tiempo, más y más personas mayores serán diagnosticadas con varios tipos de cáncer, además de cáncer de riñón. Los pacientes de edad avanzada han estado subrepresentados en los ensayos clínicos. Este estudio muestra datos del mundo real para un tratamiento moderno que se puede administrar a pacientes mayores con resultados emocionantes. Muchos de estos pacientes son frágiles o tienen otras enfermedades, lo que les impide tomar medicamentos con efectos secundarios graves. Las inmunoterapias ofrecen una opción segura, a pesar del costo.