

PRÓSTATA

En el tratamiento del cáncer de próstata es esencial la identificación de biomarcadores que ayuden en la personalización de los tratamientos, aumentando la eficacia y reduciendo la toxicidad. Los resultados de un estudio promovido por SOGUG presentados en la sesión plenaria del **Congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica**, demuestran que mediante el estudio de un biomarcador en un análisis de sangre podemos seleccionar a los pacientes con cáncer de próstata metastásico que van a tener más posibilidad de responder al tratamiento hormonal.

En el **X Simposio Científico SOGUG** se discutieron varios temas importantes y controvertidos en la actualidad sobre el manejo de los tumores genitourinarios.

En la primera mesa, se habló del manejo del cáncer de próstata cuando está localizado y que puede tratarse con cirugía o con radioterapia. Gracias a los avances tecnológicos, la cirugía robótica es una técnica novedosa que tenemos a nuestra disposición en algunos centros, pero se concluyó que hasta la fecha no se ha demostrado la superioridad en los resultados obtenidos de la técnica robótica frente a la cirugía más tradicional (laparoscópica o abierta).

La segunda mesa se centró en la medicina de precisión, que es un método que permite a los oncólogos seleccionar tratamientos que tienen más probabilidad de ayudar a los pacientes según determinados análisis genéticos o de otros marcadores en el tumor. Esto puede llamarse también medicina personalizada. En el tratamiento del cáncer de próstata avanzado disponemos actualmente de terapias dirigidas a una alteración en el tumor que promueve su crecimiento, por ejemplo, una mutación. Podemos también analizar biomarcadores en sangre (biopsia líquida) que nos permiten conocer de forma no agresiva si los tumores pueden responder o ser resistentes al tratamiento hormonal o a la quimioterapia, aunque aún son necesarios más datos sólidos para poder utilizarlos en la práctica clínica diaria.

La tercera mesa destacó la importancia de la optimización del tratamiento en cáncer de próstata avanzado. En esta situación tenemos tratamiento con quimioterapia o tratamientos hormonales de nueva generación. Para decidir qué tratamiento hay que elegir en un determinado paciente, es importante tener en cuenta si el paciente en cuestión se encuentra apto para recibir quimioterapia, si tiene poca o mucha carga de enfermedad (metástasis), la etapa de la enfermedad, conocer con qué fármacos podemos contar e implicar al paciente en la toma de decisiones.



TUMORES GERMINALES

En el último simposio científico organizado por el grupo cooperativo SOGUG y en cooperación con el Grupo Germinal, para investigación de los tumores germinales, se realizó una mesa concreta sobre este tema tan importante.

Los tumores germinales tienen su origen principalmente en los testículos y es el tumor más frecuente en la población joven masculina. Es importante conseguir la curación de estos pacientes que se puede alcanzar en el 95-98% con los tratamientos actuales. En los pacientes con los tumores en estadios iniciales (estadio I) en los que el tumor se encuentra sólo en el testículo en el momento del diagnóstico, existen una serie de datos sobre las características del tumor que nos ayudan a determinar la necesidad de administrar quimioterapia para prevenir la recaída (adyuvante): la invasión del tumor de los vasos sanguíneos o linfáticos en los tumores no-seminomatosos y el tamaño del tumor, y la invasión de la rete testis en los seminomas.

El Dr. Durán, oncólogo Médico del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, insistió en que estos factores no son perfectos, pero nos pueden ayudar a decidir la necesidad los tratamientos posteriores a la extirpación del testículo. Cuando no existen estos factores o características en el tumor de los pacientes, no sería necesaria la administración de tratamiento con quimioterapia y sólo sería necesario un seguimiento estricto y periódico de los pacientes.

Sin embargo, la quimioterapia es fundamental en el tratamiento de los pacientes con enfermedad diseminada o metastásica como enfatizó el Dr. Xavier García del Muro, Oncólogo Médico del Institut Català d'Oncologia. Con ella, se obtienen respuestas en la mayoría de los pacientes, pero en muchos casos y, sobre todo, si las metástasis son grandes, queda enfermedad residual o metástasis que se han reducido, pero no han acabado de desaparecer al acabar la quimioterapia.

El Dr. Rubio (urólogo del Instituto Valenciano de Oncología), insistió en la necesidad de realizar una extirpación mediante cirugía de estas lesiones en todos los pacientes, ya que es imposible saber de antemano si quedan células tumorales que pudieran crecer posteriormente, cosa que suele ocurrir entre un 10-20% de los pacientes en los que se realiza la extracción de estas lesiones residuales.



Por último, el Dr. Pablo Maroto, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, realizó una revisión de los tratamientos de los tumores germinales que aparecen fuera de los testículos y de los tratamientos necesarios.

En caso de que aparezcan en el retroperitoneo (zona situada en la parte posterior de la cavidad abdominal), el pronóstico y tratamiento es similar a cuando nacen en el testículo, lo mismo que los seminomas que nacen en el mediastino (espacio que se sitúa en el tórax entre los dos pulmones).

El pronóstico, sin embargo, es mucho peor para los tumores no seminomas que nacen en el mediastino, ya que suelen ser muchos más resistentes a los tratamientos con quimioterapia (responden mucho menos) y los tratamientos quirúrgicos para poder extirparlos es mucho más complicados que en otras localizaciones.



VEJIGA

La enfermedad no musculo-invasiva (NMI), implica la existencia de un tumor en la mucosa (capa superficial de tejido de revestimiento de la vejiga). Estos cánceres no se han propagado a capas más profundas de los músculos de la pared vesical ni a otras partes del cuerpo.

Se diagnostican por cistoscopia y luego se tratan mediante una resección transuretral (RTU), se reseca y se extrae por la uretra o conducto exterior de la orina.

En ocasiones, para ayudar a evitar que el cáncer vuelva a crecer, puede administrarse una terapia mediante la instilación dentro de la vejiga por una sonda de quimioterapia o inmunoterapia con bacilo de Calmette-Guérin (BCG). Si estos tratamientos fallaran, la extirpación de la vejiga es, a día de hoy, la opción terapéutica. Otros tratamientos con inmunoterapia se están investigando para evitar llegar a esta situación.

La enfermedad musculo-invasiva implica la existencia de un tumor que ha invadido la capa muscular de la vejiga o se ha extendido a los tejidos que la circundan. En estos casos el tratamiento de elección es la extirpación de la vejiga. Sin embargo, existe la opción de la preservación vesical en casos muy seleccionados, mediante la combinación de quimioterapia y radioterapia tras valoración por un equipo multidisciplinar (en la que se coordinan diferentes especialistas). Antes de quitar la vejiga se debe administrar siempre que sea posible, tratamiento con quimioterapia.

Se presentaron datos prometedores en pacientes tratados con inmunoterapia antes de la cirugía, ya sea sola o en combinación con quimioterapia. Estamos a la espera de resultados de los estudios de investigación más claros y determinantes.

Con respecto al manejo de la enfermedad metastásica se abordaron aspectos interesantes en la tercera mesa, destacando la importancia de la inmunoterapia en este escenario. Se presentaron los resultados de estudios donde se evalúa el beneficio de la inmunoterapia con o sin combinación con quimioterapia. Los pacientes tratados con la combinación presentaron un mayor beneficio al retrasar la progresión de la enfermedad en comparación con los que solo recibieron quimioterapia. Aunque los resultados resultan prometedores, faltan datos de supervivencia global a largo plazo.



A pesar del tratamiento de 1ª línea, un porcentaje alto de pacientes presentan empeoramiento de la enfermedad, por lo que son necesarios nuevos tratamientos que beneficien a nuestros pacientes. Actualmente podemos ofrecer quimioterapia, pero también se ha probado la inmunoterapia.

Tenemos necesidad de fármacos más activos cuando falla la primera opción de tratamiento, aunque tenemos algunos nuevos fármacos muy prometedores, ya sea en combinación o solos.

Como ocurre en otros tumores, lo difícil es saber cuál es el tratamiento más adecuado en el momento indicado. Por eso, se están haciendo esfuerzos en conocer las características genéticas o moleculares que tiene cada tumor y actuar de forma más eficaz y con precisión, con el objetivo de mejorar la supervivencia de nuestros pacientes.



RIÑÓN

En el simposio científico anual organizado por el Grupo Cooperativo SOGUG también se hizo un repaso exhaustivo de las novedades en el tratamiento de los pacientes con tumores renales.

En los pacientes con enfermedad avanzada o con presencia de metástasis, el tratamiento estándar inicial con inhibidores de tirosinkinasa antiangiogénicos (por ejemplo, sunitinib, pazopanib, tivozanib).

Cuando la enfermedad empeora con estos tratamientos, la inmunoterapia con nivolumab demostró en un estudio realizado hace unos años ser superior a everolimus tanto en la posibilidad de responder como en que los pacientes tratados con nivolumab presentaban una supervivencia más larga.

Actualmente, los tratamientos con inmunoterapia han demostrado eficacia en el tratamiento inicial o de primera línea de los pacientes diagnosticados de un cáncer renal de células claras metastásico.

La combinación de dos fármacos inmuoterápicos, ipilimumab y nivolumab ha demostrado ser superior a sunitinib en los pacientes en primera línea.

También la combinación de un fármaco de inmunoterapia con una pastilla de inhibidor de tirosinkinasa (pembrolizumab+axitinib ó avelumab+axitinib) han demostrado ser mejores que el sunitinib en otros dos estudios clínicos comparativos.

Esto significa que, tras obtener las aprobaciones pertinentes y necesarias de las agencias que regulan la comercialización y seguridad de todos los medicamentos, tanto europeas como nacionales, estarán disponibles para el tratamiento de los pacientes. Estas combinaciones de medicamentos suponen un avance importante en el tratamiento de estos pacientes ya que mejoran el pronóstico frente a los tratamientos de los que disponíamos previamente.



GRACIAS A LA COLABORACIÓN DE:

