

ASCO GU 2020

Simposio de Cáncer Genitourinario organizado por la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO)

AVANCES EN CÁNCER RENAL

En el último Congreso Americano sobre avances en el tratamiento de Tumores Genitourinarios, celebrado en Febrero 2020, nos encontramos con pocas novedades en Cáncer Renal que puedan cambiar la práctica clínica.

En primera línea de tratamiento, cabe destacar la comunicación oral de los datos a 4 años del estudio Checkmate 214, que comparaba una combinación de inmunoterapia, Ipilimumab + Nivolumab frente a Sunitinib como primera línea de tratamiento.

Se mantienen los datos de eficacia, de manera que a 4 años la combinación continúa siendo superior a sunitinib; importante destacar que un 35% de los pacientes se encuentran sin progresión de la enfermedad a tres años y medio.

Existen otros trabajos en primera línea de tratamiento, en forma de poster, la mayoría de ellos son estudios en vida real. Los resultados del IMDC, que recogió todos los pacientes tratados con Cabozantinib (un inhibidor de tirosina quinasa) en cualquier línea de tratamiento, considerándose un fármaco activo en cualquiera de ellas y beneficio en supervivencia global.

Destacar el papel de Tivozanib como primera línea de tratamiento, con 2 trabajos en vida real que demuestran su eficacia en primera línea y sobre todo su buena tolerancia.

En tumores de Células no claras, un grupo de tumores muy heterogéneo en el que utilizamos tratamientos extrapolados de los principales ensayos para tumores de células claras, se presentaron los datos del ensayo Calypso en pacientes con tumores de células papilares. En este estudio 41 pacientes fueron tratados con la combinación de inmunoterapia e inhibidor de tirosin quinasa (Durvalumab + Savolitinib), demostrando ser un esquema activo, mejorando levemente los resultados de los que disponíamos para esta población de pacientes.



En segunda línea de tratamiento se presentó el análisis final del ensayo CheckMate 025. El tratamiento con Nivolumab ha sido aprobado por las principales agencias reguladoras para el tratamiento de segunda/tercera línea del CCR metastásico. En los datos presentados en el análisis final a 5 años, se mantienen los datos de beneficio para Nivolumab frente a Everolimus.

Al igual que en los datos iniciales los efectos adversos más frecuentemente aparecen en los primeros 2 meses del tratamiento, siendo posteriormente poco habituales. Estos datos refuerzan el papel de Nivolumab como segunda/tercera línea de tratamiento en carcinoma renal metastásico.

Se presentaron también 2 trabajos de combinación de inmunoterapia con radioterapia estereotáctica, buscando el efecto inmunomodulador de ésta. El primero de ellos, el estudio RADVAX, es un estudio fase II cuyo objetivo es explorar la combinación de radioterapia junto al tratamiento con la combinación de ipilimumab/nivolumab, valorando la seguridad de la combinación y la actividad. En este estudio se concluyó que la combinación fue segura, bien tolerada y demostró efecto antitumoral en más del 50% de los pacientes.

El segundo de los mismos, es el estudio NIVES, donde pacientes que habían recibido 2 líneas o menos de tratamiento con inhibidor tirosin quinasa recibían nivolumab + Radioterapia y posteriormente nivolumab hasta progresión (si habían tenido algún tipo de respuesta). El objetivo del estudio fue mejorar la tasa de respuesta sin embargo el estudio no consiguió mejorar los resultados de la inmunoterapia sola.

Con estos estudios hemos aprendido que la combinación es bien tolerada pero que no consigue mejorar las tasas de respuesta que conocemos con la inmunoterapia.

Por último, se comunicaron los datos de dos estudios: el primero de ellos combinando Sitravatinib (nuevo oral inhibidor del receptor de tirosina-quinasa) + nivolumab en un ensayo fase I-II con alta tasa de respuesta (superior a la monoterapia) y aceptable tolerancia en pacientes previamente tratados. El segundo de los trabajos, con un inhibidor oral del factor inducido por la hipoxia, con datos muy prometedores y control de enfermedad en aproximadamente el 80% de los pacientes y buena tolerancia. A la espera de resultados de los ensayos fase III (comparando frente a tratamiento estándar) con este fármaco.



AVANCES EN CÁNCER DE VEJIGA

En esta edición del congreso americano no ha habido tampoco novedades que vayan a cambiar la práctica clínica habitual, pero si algunos resultados esperanzadores. Destacamos el estudio EV-103, con datos preliminares de actividad de la combinación de inmunoterapia (pembrolizumab) con enfortumab vedotin un fármaco inmunoconjugado en pacientes con metástasis no candidatos a la quimioterapia estándar con cisplatino y que no habían recibido tratamiento previo. Se incluyeron 45 pacientes. Más de 2/3 de los pacientes respondieron y más del 50% mantuvieron la respuesta por encima de los 10 meses.

Actualmente el tratamiento estándar de un paciente con carcinoma vesical localizado músculo invasivo es la cirugía precedida de un tratamiento preoperatorio basado en quimioterapia con cisplatino. Se han presentado dos trabajos que valoran el papel de la combinación de quimioterapia con inhibidores de tirosin quinasa y con inmunoterapia. El estudio NEO BLADE es un ensayo fase II que compara el tratamiento de quimioterapia (Cisplatino-Gemcitabina) en combinación con nintedanib como tratamiento preoperatorio de pacientes con carcinoma vesical músculo infiltrante. Se incluyeron 120 pacientes observándose una tasa de respuestas completas (desaparición del tumor) muy similares entre los 2 brazos de tratamiento, aunque con mayor toxicidad en el brazo experimental. El segundo estudio BLASST-1 evalúa la seguridad y eficacia de la combinación de cisplatino y gemcitabina con inmunoterapia (nivolumab) como tratamiento antes de la cirugía. Se incluyeron 41 pacientes, en 14 de ellos se produjo desaparición del tumor. La combinación mostró una perfil de toxicidad manejable, donde la mayoría de los efectos adversos fueron atribuidos al tratamiento de quimioterapia principalmente por toxicidad hematológica.



AVANCES EN CÁNCER DE PRÓSTATA

En relación con la enfermedad localizada (sin metástasis) se han presentado datos del estudio CHHIP que comparaba radioterapia convencional frente a hipofraccionada (en menor número de sesiones). Los resultados obtenidos confirman que esta técnica no es inferior.

El cáncer de próstata avanzado metastásico presenta distintas fases en su evolución. Una fase inicial en la que el tratamiento principal consiste en la administración de inyecciones que bloquean la producción de testosterona por los testículos (castración química). En esta situación existen casos de un especial riesgo de mala evolución en los que se consigue una mayor supervivencia utilizando quimioterapia (docetaxel) o tratamientos hormonales de nueva generación (abiraterona, enzalutamida, apalutamida) que tienen como objetivo bloquear por completo la acción de la testosterona sobre las células tumorales. En el congreso también se presentaron datos de calidad de vida del estudio STAMPEDE de los 515 pacientes que recibieron abiraterona o docetaxel de forma contemporánea. Los pacientes que recibieron abiraterona en los dos primeros años presentaron valores de calidad de vida superiores comparado con los pacientes que recibieron docetaxel. Con mayores diferencias durante el primer año.

Con respecto a calidad de vida en el paciente con cáncer de próstata resistente a castración también se comunicaron datos del estudio CARD. Se trataron 255 pacientes en progresión tras tratamiento docetaxel y tratamiento hormonal de nueva generación recibieron cabazitaxel o tratamiento hormonal. Cabazitaxel mejoró el dolor, tiempo a progresión del dolor y tiempo hasta la aparición de eventos esqueléticos. Confirman el uso de cabazitaxel en la secuencia de tratamiento.

Por último, se han presentado datos de inmunoterapia en combinación con enzalutamida con resultados modestos. Bien tolerado, con poca toxicidad, aunque con un bajo porcentaje de respuestas.



GRACIAS A LA COLABORACIÓN DE:

