

III JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN
URO-ONCOLOGÍA:
UPDATE 2026

Madrid, 17 de febrero de 2026



Terapias ablativas en CCR localizado: a favor

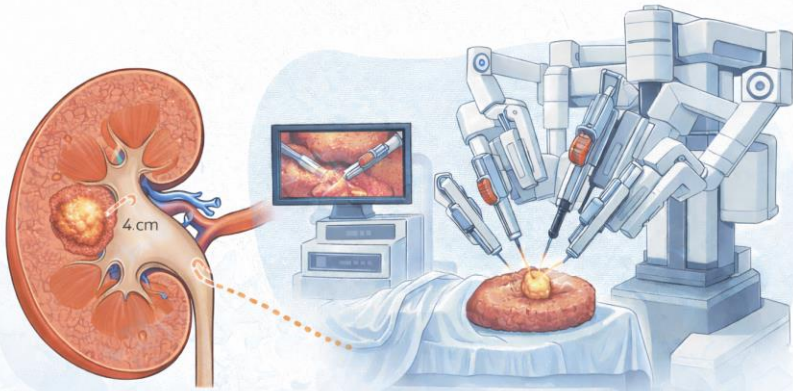
Dr. Vital Hevia, MD, PhD, FEBU

Unidad de Riñón - ROC Clinic / HM Hospitales

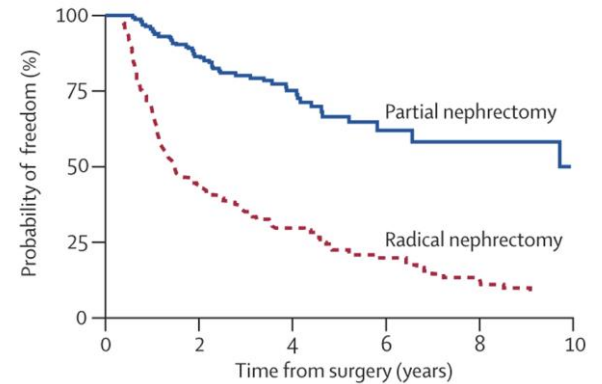
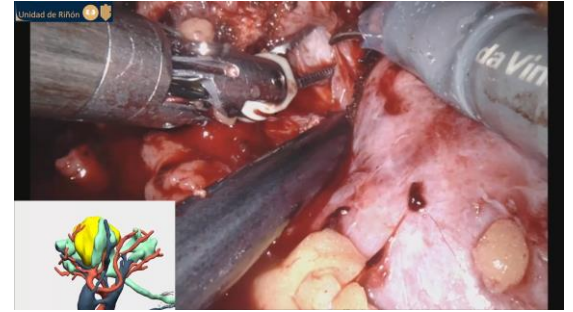


INTRODUCCIÓN

Estándar de tratamiento en CCR T1

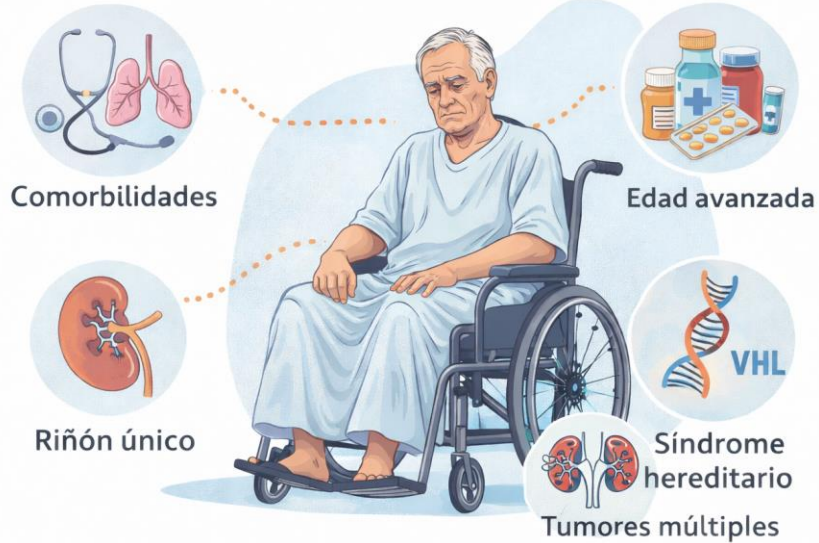


Nefrectomía parcial
tratamiento estándar
en CCR estado T1



INTRODUCCIÓN

Paciente frágil y complejo con comorbilidad

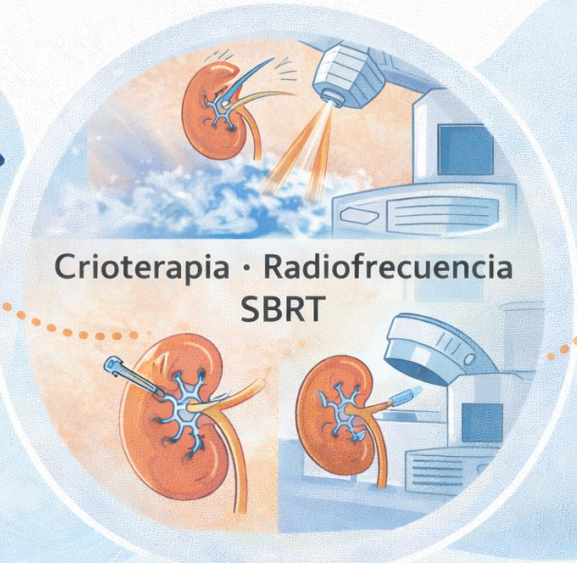


No sustituyen al estándar (NP), pero tienen un espacio clínico claro.

INTRODUCCIÓN



Vigilancia activa /
Watchful waiting



Crioterapia · Radiofrecuencia
SBRT



Abstención
terapéutica

Ablativas:

Crioterapia · Radiofrecuencia · SBRT

BIOPSIA

- Elemento **crítico y de obligada realización**
- Hasta 45% de masas históricamente tratadas → benignas / no diagnósticas

- **Previa / sincrónica** a la TA
 - *Biopsia previa reduce sobretratamiento (benignas)*

- **Importancia biológica** - peores resultados en:
 - cT1b
 - CCRcc

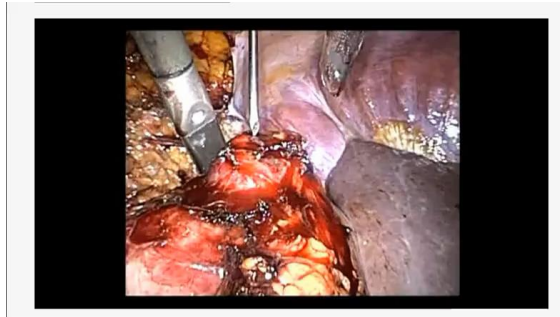
*Atwell TD, Am J Roentgenol 2013
Widdershoven CV, Abdom Radiol 2021*

*Lay AH, J Urol 2015
McClure T, Abdom Radiol 2018*

CRIOTERAPIA

- Versatilidad abordajes: percutáneo (posteriores) >>> mini-invasivo (anteriores)

Zargar H, Eur Urol 2016



- Visualización en **tiempo real de la bola de hielo. Éxito técnico > 95% casos**
- Alta tasa de éxito técnico (>95%). Permite cierta proximidad a la vía urinaria / seno renal
- Útil para lesiones > 3 cm (vs RF)
- Resultados oncológicos:

SLE 5 años ≈ 97% / SCE ≈ 100%

Recurrencia local 8-23%

*Pickersgill NA, J Endourol 2020
Laso I, Cent Eur J Urol 2022*


RADIOFRECUENCIA

- También versatilidad abordajes: percutáneo (posteriores) >>> mini-invasivo (anteriores)
- Alta tasa de éxito técnico (>95%) pero con frecuencia en 2 sesiones.
- No Permite proximidad a la vía urinaria ni el seno renal
- Estenosis ureteral como complicación relevante
- Útil para **lesiones < 3 cm** (vs Crio). Resultados oncológicos:
SLE 10 años ≈ 82% (<3 cm) / SLE 10 años ≈ 68% (>3 cm)

Lian H, Urology 2012

Johnson BA, J Urol 2019

TA vs CIRUGÍA

- 26 estudios comparativos (**n = 16.780**) → evidencia mayoritariamente **retrospectiva**
- TA son seguras, complicaciones bajas
- Resultados oncológicos inciertos, inferiores a la NP
 - ↑ **recurrencia local**
 - ↑ **progresión a CCRm**
- **MCE a 5 años ≈ Vigilancia activa** 
- Recomendación actual: **solo en pacientes frágiles / comórbidos con SRM**

TA EMERGENTES

Microondas

SBRT

Indicación principal

cT1a > cT1b

cT1a > cT1b

Evidencia disponible

Estudios retrospectivos y prospectivos

Estudios prospectivos fase II / series unicéntricas y multicéntricas

Seguimiento mediano

40 meses (estudio n=185)

16–34 meses

Progresión local

3.2% a 5 años

Control local 90–97%

Metástasis a distancia

4.3%

Datos limitados

Resultados funcionales

Equivalentes a crio / RFA en cT1a (corto plazo)

N/R

Toxicidad grado ≥ 3

Comparable a otras térmicas

0 – 9.1%

Limitaciones

Evidencia a largo plazo aún limitada

Evidencia limitada
Biopsias post-SBRT pueden mostrar células viables; significado incierto

CONCLUSIONES

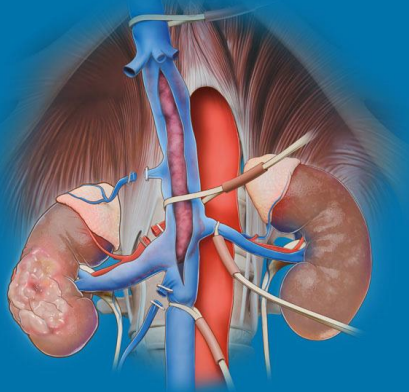
- Alternativa a la NP
- Selección correcta del paciente: T1a, edad, comorbilidad
- Biopsia obligatoria
- Excelente control en cT1a (**≈ Vigilancia activa**)

INCLUYE
VERSIÓN
DIGITAL
MIEUREKA

J. Romero Otero



Tratado de Urología



EDITORIAL MEDICA
panamericana

Tratamiento no quirúrgico del cáncer renal localizado: terapias ablativas **49**

I. Laso García, S. Álvarez Rodríguez y A. Fernández-Mardomingo Díaz

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Conocer las terapias ablativas como alternativa a la cirugía en el carcinoma de células renales.
- Distinguir qué tipos de tumores y/o pacientes son candidatos a terapias ablativas.
- Diferenciar las terapias ablativas con más trayectoria y evidencia científica frente a aquellas de reciente aparición y consideradas experimentales.
- Saber qué resultados oncológicos presentan las terapias ablativas a medio plazo.
- Comprender las ventajas de las terapias ablativas respecto a la cirugía.
- Identificar las complicaciones que presentan las terapias ablativas.

INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES LOCALIZADO

El tratamiento de elección para el carcinoma de células renales (CCR) en estadio cT1 es la **nefrectomía parcial**, siempre que sea técnicamente factible, e independientemente del acceso. La nefrectomía parcial laparoscópica presenta menor tasa de complicaciones que la abierta y puede realizarse mediante laparoscopia pura o asistida por robot, dependiendo de las habilidades y experiencia del cirujano. Ambas se asocian a una menor estancia hospitalaria y pérdidas sanguíneas que la cirugía abierta. Los abordajes transperitoneal o retroperitoneal no presentan diferencias en complicaciones, tasa de márgenes positivos ni pérdida de la función renal.

Los resultados oncológicos a corto plazo para tumores T1 a T2a son equivalentes para cirugía parcial abierta y laparoscó-

pica. El volumen quirúrgico del hospital y la experiencia del cirujano parecen tener un impacto tanto en la tasa de complicaciones como en la duración del tiempo de isquemia caliente y los márgenes positivos. Esta tasa de margen positivo en la pieza es superior en la nefrectomía parcial que en la nefrectomía radical. Sin embargo, la realización de una nefrectomía radical sistemáticamente en los casos de margen positivo resulta en un sobretratamiento en la mayoría de los casos, y la estrategia más común en esos casos es el seguimiento. La figura 49-1 muestra el esquema de tratamiento del CCR localizado.

ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA

La mortalidad cáncer específica (MCE) por CCR es significativamente menor en los pacientes tratados quirúrgicamente

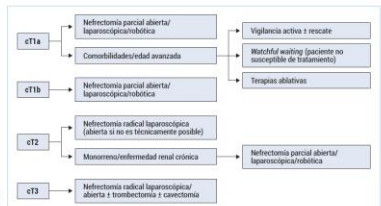


Figura 49-1. Esquema de tratamiento del carcinoma de células renales localizado.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Aprender las indicaciones actualizadas para el margen positivo considerando el mayor nivel de evidencia disponible, explorando también nuevas alternativas de tratamiento para el margen positivo.
- Conocer los tipos de cirugía de nefrectomía parcial para el margen positivo.
- Conocer los resultados actuales para la nefrectomía parcial mínimamente invasiva.
- Aprender los protocolos para el margen positivo de la nefrectomía parcial transperitoneal y retroperitoneal asistida por robot.
- Diferenciar los abordajes de nefrectomía parcial para el margen positivo.
- Diferenciar los abordajes de nefrectomía parcial para el margen positivo en el paciente con la cirugía conservadora del riñón y su impacto en los márgenes positivos y recates.
- Conocer las complicaciones postoperatorias y a largo plazo más comunes que pueden ocurrir tras una nefrectomía parcial, así como su manejo clínico y quirúrgico.
- Conocer los últimos ensayos en el tratamiento de la nefrectomía parcial, considerando también su papel tanto en la práctica quirúrgica diaria.

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial es un procedimiento quirúrgico establecido para tratar un carcinoma de células renales (CCR) localizado mínimamente y preservar la máxima cantidad posible de tejido renal sano. Durante la última década, la nefrectomía parcial se ha convertido en el tratamiento estándar para los tumores renales en estadio clínico T1, con una evidencia científica que respalda su adopción también en tumores T2 indicados. Los datos quirúrgicos para la nefrectomía parcial han evolucionado considerablemente en paralelo a la difusión y disponibilidad de las técnicas mínimamente invasivas, como laparoscopia y robótica. La nefrectomía parcial subcutánea (NPS) ha ganado popularidad debido a su menor riesgo de infección postoperatoria, la facilidad de programación y tiempos de recuperación más cortos en comparación con el abordaje abierto. Innovaciones recientes como la imagen intraoperatoria y nuevas técnicas quirúrgicas, como el uso de la nefrectomía asistida por robot, han permitido un mayor control de la nefrectomía y una menor tasa de complicaciones. El diseño, conocido como nefrectomía asistida por imagen, permite un mayor control de la nefrectomía y una menor tasa de complicaciones. Este diseño se basa en el uso de la imagen intraoperatoria y nuevas técnicas quirúrgicas, como el uso de la nefrectomía asistida por robot, han permitido un mayor control de la nefrectomía y una menor tasa de complicaciones. Este diseño se basa en el uso de la imagen intraoperatoria y nuevas técnicas quirúrgicas, como el uso de la nefrectomía asistida por robot, han permitido un mayor control de la nefrectomía y una menor tasa de complicaciones.

INDICACIONES QUIRÚRGICAS

Las guías clínicas de la EAU recomiendan la nefrectomía parcial como el tratamiento estándar para los tumores renales en estadio clínico T1. La nefrectomía parcial puede realizarse mediante abordaje abierto (NPA), laparoscopia (NPL) o subcutánea (NPS), y la elección de la técnica a menudo depende de la historia y experiencia del cirujano. Aunque la cirugía abierta sigue siendo una opción viable, tanto la NPL como la NPS están asociadas con ventajas hospitalarias como una menor pérdida de sangre en comparación con la NPA, y la evidencia que la NPS muestra un uso disminuido de opioides y un menor nivel de complicaciones. En el paciente con la NPA, mayores niveles de evidencia oncológica comparados con el estudio de meta-análisis de la nefrectomía asistida por imagen. En el estudio de meta-análisis de la nefrectomía asistida por imagen, se observó una menor tasa de recates a cirugía abierta y nefrectomía radical, un tiempo de recuperación más corto (NPS vs. NPA), una menor tasa de complicaciones, una menor estancia hospitalaria y una menor estancia en el hospital. En el estudio de meta-análisis de la nefrectomía asistida por imagen, se observó una menor tasa de recates a cirugía abierta y nefrectomía radical, un tiempo de recuperación más corto (NPS vs. NPA), una menor tasa de complicaciones, una menor estancia hospitalaria y una menor estancia en el hospital.

Cirugía del cáncer renal con invasión vascular de la vena cava inferior **51**

V. Herra Páez, M. Mesa Alvaró y C. Cárdeno

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Aprender la subestratificación de los pacientes de cáncer renal localizado según el nivel de invasión vascular.
- Conocer los tratamientos quirúrgicos disponibles para lograr una resección adecuada del margen quirúrgico.
- Diferenciar los abordajes de nefrectomía asistida por imagen y nefrectomía convencional.
- Entender los nuevos hitos quirúrgicos de nefrectomía mínimamente invasiva en el paciente con este tipo de cirugía.

INTRODUCCIÓN

Entre un 5% y un 10% de los pacientes con cáncer renal localizado presentan invasión de la vena cava inferior (VCI). La presencia de invasión de la VCI se asocia con un peor pronóstico de supervivencia. Los datos de imagen más utilizados para el diagnóstico de invasión de la VCI son la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM). La nefrectomía radical con resección de la VCI es el tratamiento estándar para los pacientes con invasión de la VCI. Sin embargo, la nefrectomía radical con resección de la VCI es un procedimiento quirúrgico complejo y con un alto riesgo de complicaciones. En los últimos años, se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la invasión de la VCI, como la nefrectomía radical con resección de la VCI asistida por imagen y la nefrectomía radical con resección de la VCI asistida por robot. Estas técnicas permiten una mayor precisión en la resección de la VCI y una menor tasa de complicaciones. En los últimos años, se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la invasión de la VCI, como la nefrectomía radical con resección de la VCI asistida por imagen y la nefrectomía radical con resección de la VCI asistida por robot. Estas técnicas permiten una mayor precisión en la resección de la VCI y una menor tasa de complicaciones.

PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA

El tratamiento quirúrgico de pacientes con CCR/TCCV requiere una planificación preoperatoria cuidadosa, en la cual se debe considerar el nivel de invasión vascular, el estado de los riñones, el estado de la vena cava inferior y el estado de la vena cava superior. La planificación preoperatoria debe incluir una evaluación cuidadosa de la invasión vascular, el estado de los riñones, el estado de la vena cava inferior y el estado de la vena cava superior. La planificación preoperatoria debe incluir una evaluación cuidadosa de la invasión vascular, el estado de los riñones, el estado de la vena cava inferior y el estado de la vena cava superior.

Figura 51-1. Corte axial de TC. Tumor renal derecho con invasión de la vena cava inferior (VCI).