

III JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN  
**URO-ONCOLOGÍA:**  
UPDATE 2026

Madrid, 17 de febrero de 2026



# CONTROVERSIAS EN CÁNCER RENAL

## Terapias ablativas en cáncer renal localizado/En contra

Miriam Serrano Liesa

Unidad de Urología Oncológica. Servicio de Urología

Hospital Universitario La Paz



La técnica menos invasiva no siempre es el mejor tratamiento

## EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma

Recommendations	Strength rating
Offer surgery to achieve cure in localised renal cell cancer.	Strong
Offer partial nephrectomy (PN) to patients with T1 tumours.	Strong
Offer PN to patients with T2 tumours and a solitary kidney or chronic kidney disease, if technically feasible.	Weak
Do not perform ipsilateral adrenalectomy if there is no clinical evidence of invasion of the adrenal gland.	Strong
Do not offer an extended lymph node dissection to patients with organ-confined disease.	Weak
Offer embolisation to patients unfit for surgery presenting with massive haematuria or flank pain.	Weak

© European Association of Urology 2025

El Panel concluyó que los datos actuales son insuficientes para extraer conclusiones sobre la eficacia clínica de la terapia ablativa (TA) en comparación con nefrectomía parcial (NP). Dadas estas incertidumbres y la escasa evidencia disponible:

**TA solo puede recomendarse a pacientes frágiles o comorbilidades con pequeñas masas renales**

# Management

## Partial nephrectomy (PN) and nephron-sparing approaches

14. Clinicians should **prioritize PN for the management of the cT1a renal mass when intervention is indicated.** In this setting, PN minimizes the risk of CKD or CKD progression and is associated with favorable oncologic outcomes, including excellent local control. (Moderate Recommendation; Evidence Level: Grade B)

## Thermal Ablation (TA)

25. Clinicians should consider **TA as an alternate approach for the management of cT1a** solid renal masses <3 cm in size. For patients who elect TA, a percutaneous technique is preferred over a surgical approach whenever feasible to minimize morbidity. (Moderate Recommendation; Evidence Level: Grade C)

## Evidencia limitaciones TERAPIA ABLATIVA

### NO es estándar de tratamiento

Guías **EAU** y **AUA** mantienen **nefrectomía parcial (NP) como gold standard** para T1a

**Terapia ablativa (TA) considerada alternativa** (evidencia grado C)

### Control oncológico inferior

**Recidiva local significativamente mayor:** 5-14% TA vs 1-3% NP

Supervivencia libre de recurrencia a 5 años: 86% TA vs 97% NP

### Re-tratamiento frecuente

Numerosas series "exitosas" incluyen pacientes con **re-tratamiento, enmascarando la eficacia real** del tratamiento inicial

### Limitación volumen tumoral

**Control oncológico disminuye drásticamente** en tumores **>3 cm**

Algunas series establecen límite en 2 cm (*Yang B et al*), restringiendo significativamente su aplicabilidad.

### Problema diagnóstico

**Biopsia** previa presenta **resultado no diagnóstico 15-22%**

La heterogeneidad intratumoral puede infraestimar la agresividad o no detectar componentes de alto grado.

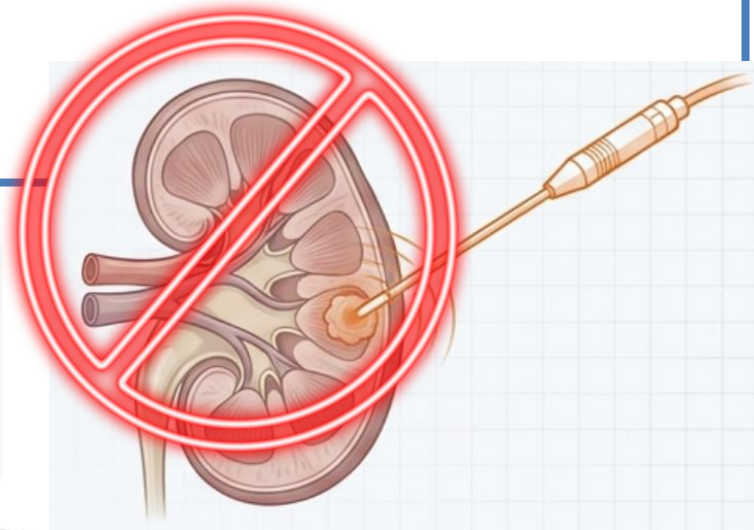
### Seguimiento complejo

**Controles radiológicos más estrictos** con **dificultad interpretativa** significativa para diferenciar necrosis de tumor viable

## Conclusiones TA

- NO ES EL GOLD ESTÁNDAR EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER RENAL LOCALIZADO
- Infraestadificación
- Evidencia oncológica inferior
- Limitaciones técnicas
- Seguimiento errático

*La terapia ablativa NO debe ser primera opción terapéutica en el cáncer renal localizado cuando el paciente es candidato a cirugía*



Muchas gracias



Miriam Serrano Liesa

[mlliesa@salud.madrid.org](mailto:mlliesa@salud.madrid.org)