



II JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN
URO-ONCOLOGÍA:
UPDATE 2025

Madrid, 25 de febrero de 2025

Cáncer de vejiga oligometastásico: ¿existe? ¿lo tratamos de forma diferente?

Albert Carrión
Hospital Vall Hebrón
Universitat Autònoma de Barcelona
Febrero 2025



50% de TMVMI progresarán a pesar del tratamiento
(3/4 a distancia, 1/4 local)



5-15% son TMVMI irresecables o M1 al diagnóstico



QT basada en platino: respuesta inicial 40-70%
Supervivencia a 5 años <15%





TMVMI M+
(M1 pulmonar única 2cm)

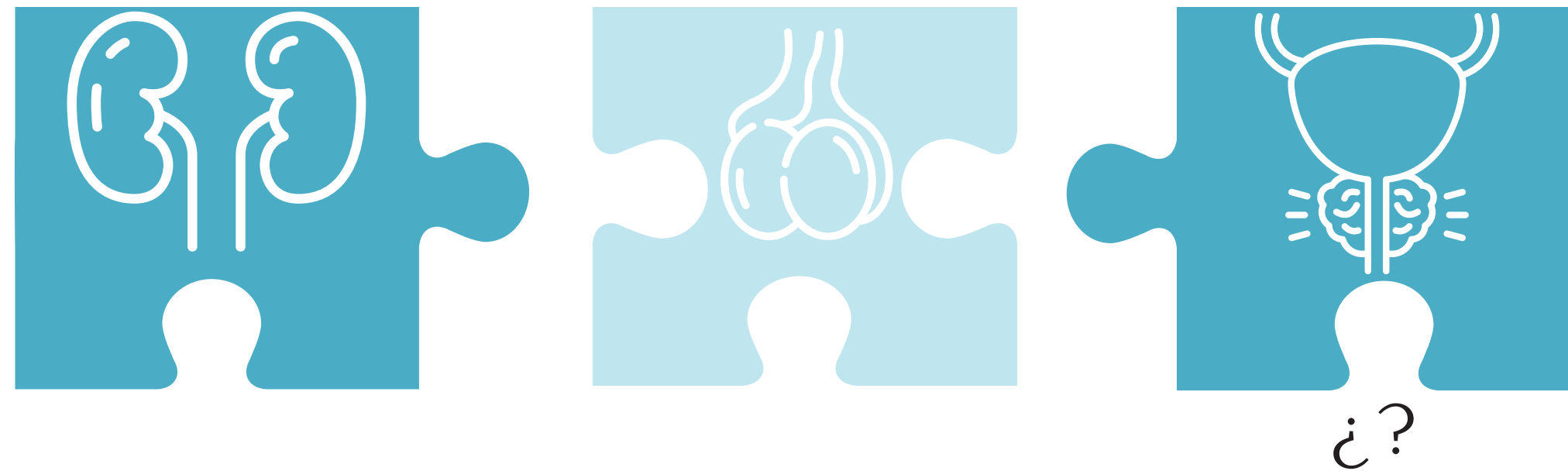


¿Está curada?

¿Se puede curar?

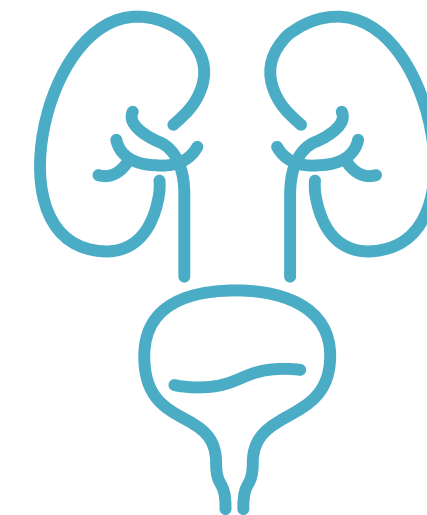
¿Cirugía/RT de consolidación?

Tratamiento del tumor primario en metastásicos o dirigido a la M+ en:



No evidencia en tumores uroteliales. Ningún estudio randomizado

- Tumores localmente avanzados (N1–N3)
- Tumores metastásicos

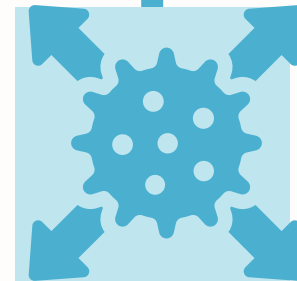
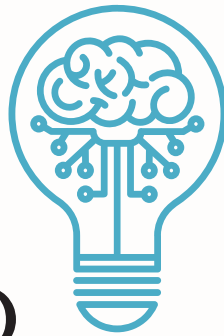


II JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN URO-ONCOLOGÍA: UPDATE 2025



OLIGOMETÁSTASIS

Concepto



Estado intermedio entre enfermedad localizada y diseminada



Potencialmente curable o con larga supervivencia



No se dispone de biomarcadores.
Diagnóstico basado en pruebas de imagen.

OLIGOMETÁSTASIS

Definición



Platinum Priority – Bladder Cancer
Editorial by XXX on pp. xxx of this issue

Definition and Diagnosis of Oligometastatic Bladder Cancer: A Delphi Consensus Study Endorsed by the European Association of Urology, European Society for Radiotherapy and Oncology, and European Society of Medical Oncology Genitourinary Faculty

Aristotelis Bamias^{a,1,}, Arnulf Stenzl^{b,1}, Stephanie L. Brown^c, Laurence Albiges^d, Marko Babjuk^e,*

01



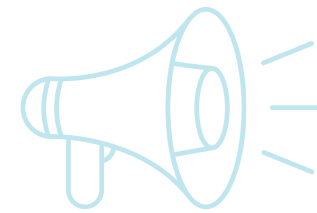
Consenso Delphi:
sociedades europeas de
Urología, Radioterapia
y Oncología

02



>75% de concordancia
se consideró acuerdo

03



Se investigó SOLO el
cáncer vesical
oligometastásico de novo

04



Consenso válido para:

- Sincrónica
- Oligorecurrencia metacrónica
- Oligoprogresión metacrónica

OLIGOMETÁSTASIS

Definición

Editorial by XXX on pp. xxx of this issue

Definition and Diagnosis of Oligometastatic Bladder Cancer: A Delphi Consensus Study Endorsed by the European Association of Urology, European Society for Radiotherapy and Oncology, and European Society of Medical Oncology Genitourinary Faculty

Aristotelis Bamias^{a,1,*}, Arnulf Stenzl^{b,1}, Stephanie L. Brown^c, Laurence Albiges^d, Marko Babjuk^e,

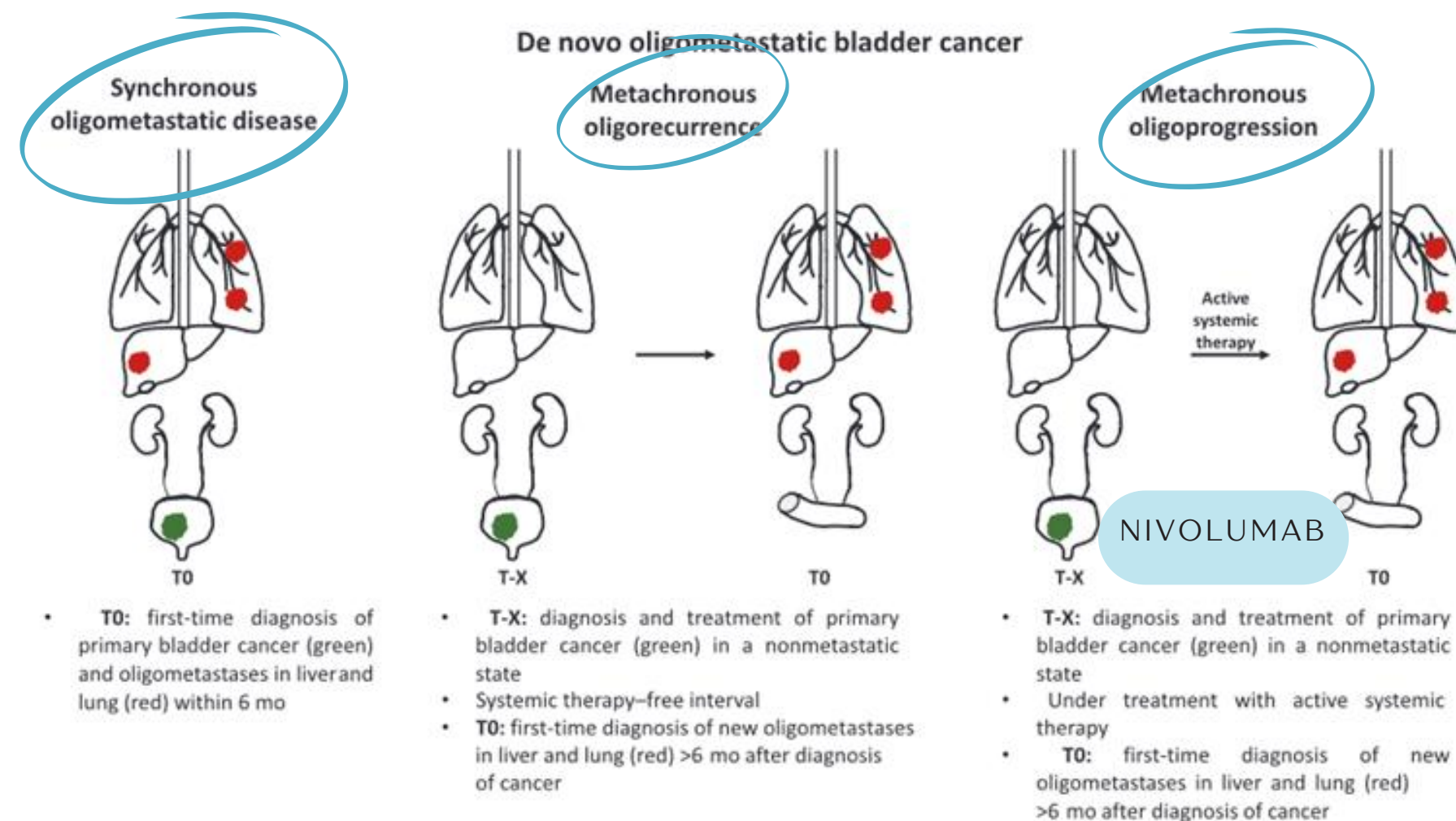


Fig. 1 – Classification system for *de novo* oligometastatic bladder cancer. T0 = at this current point in time; T-X = any previous point in time.

04

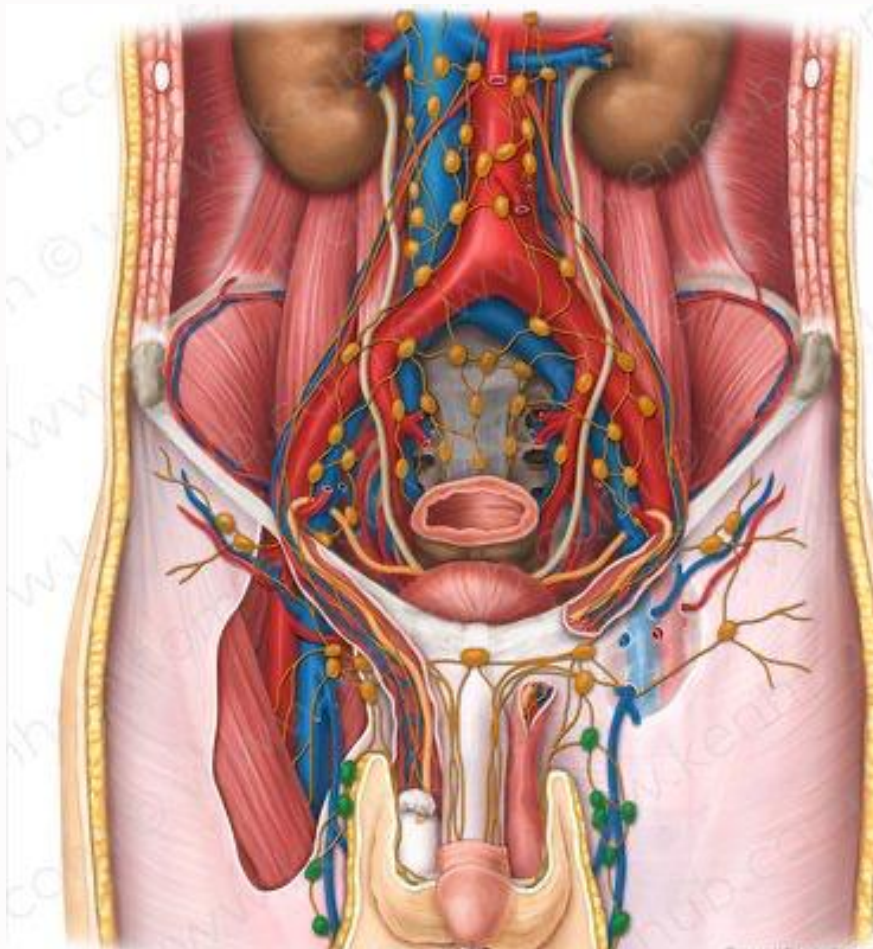


Consenso válido para:

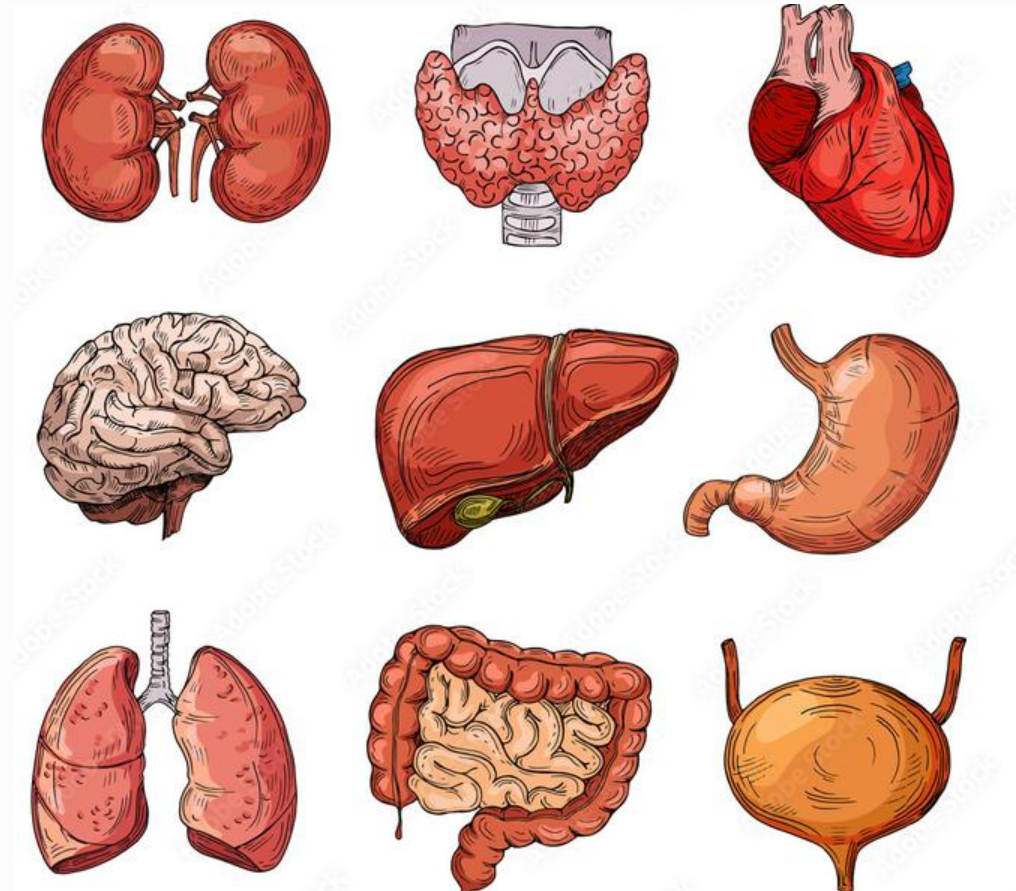
- Sincrónica
- Oligorecurrencia metacrónica
- Oligoprogresión metacrónica

Premisas

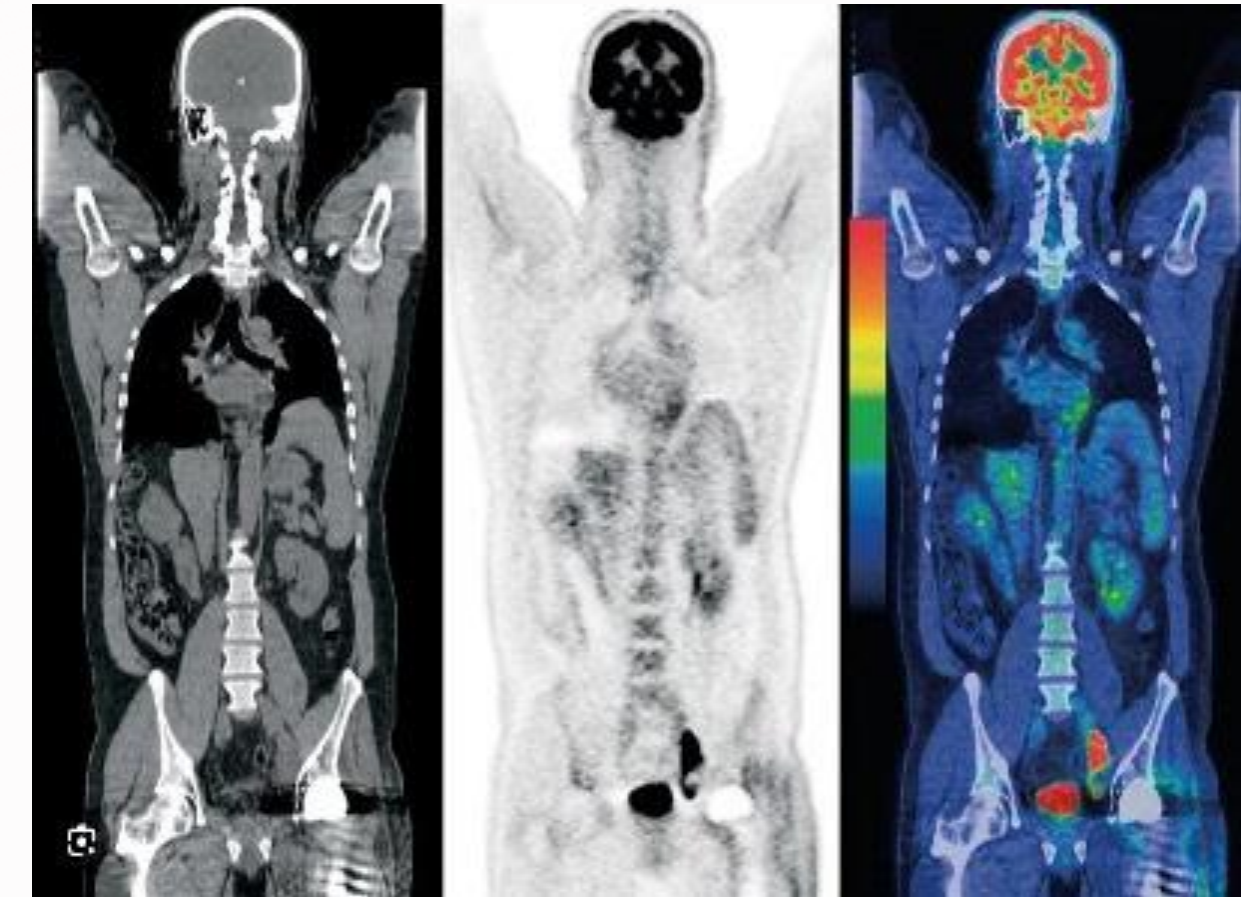
- Cada lesión es candidata a tratamiento ablativo
- Las adenopatías son consideradas como un órgano (3 regiones: supradiaphragmáticas, retroperitoneales y pélvicas)
- Tratamiento local solo en pacientes que responden a tratamiento sistémico



- ✓ Supradiaphragmáticas y retroperitoneales
- ❖ Pélvicas o nº de ganglios



- <3 lesiones
- ❖ Nº de órganos y/o tipo de órganos



- ❖ PET-TC o TC

II JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN URO-ONCOLOGÍA: UPDATE 2025



A Defining Features

Number of Metastatic Lesions* (≤ 3)

Amenable to MDT**

SBRT Surgery

B Classification

Synchronous OMBC

Metachronous oligorecurrence

Metachronous oligoprogression***

nmMIBC Diagnosis 6 months

●— OMD Occurrence ○----- On systemic therapy

C Diagnostic Evaluation

- Optimal imaging modality: to be evaluated
- PET/CT vs. contrast-enhanced CT and/or MRI

D Future Directions

- More extensive evaluation of clinical outcomes among patients with OMBC
- Standardisation of inclusion criteria for clinical trials
- Management and guidelines recommendations



TRATAMIENTO



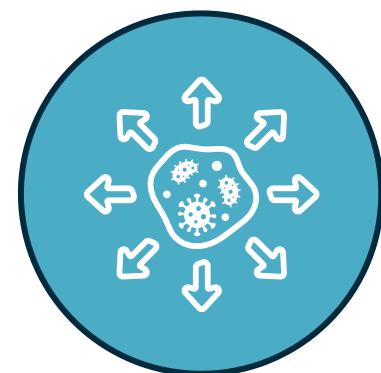
TUMOR PRIMARIO



CISTECTOMIA RADICAL



RADIOTERAPIA PÉLVICA



METÁSTASIS



METASTASECTOMÍA



RADIOTEAPIA ABLATIVA
ESTEREOTÁCTICA

Tratamiento local del tumor primario



TRATAMIENTO LOCAL DE CONSOLIDACIÓN

- El CU es quimiosensible, pero la QT raramente cura
- Teoría: una parte de pacientes metastásicos son potencialment curables

Extirpar o irradiar el foco primario podría prevenir una progresión a distancia



Evitar progresión local: dolor, sepsis, hematuria, fallo renal, QoL.

IQ> imagen para evaluar la respuesta a QT (Sens TC/RMN para cN: 48% - 87%)

- 25-40% respuesta clínica completa con tumor viable
- 10-75% respuesta clínica parcial sin tumor tras la IQ

cN+REGIONALES

- QT de inducción (elección). Supervivencia a 5a: 20% (sin M1 visceral)
- Mayoría de recidivas en vejiga o adenopáticas: IQ de consolidación

IQ de consolidación (CR + LND) tras respuesta a QT

14-25% respuesta patológica completa en pieza quirúrgica



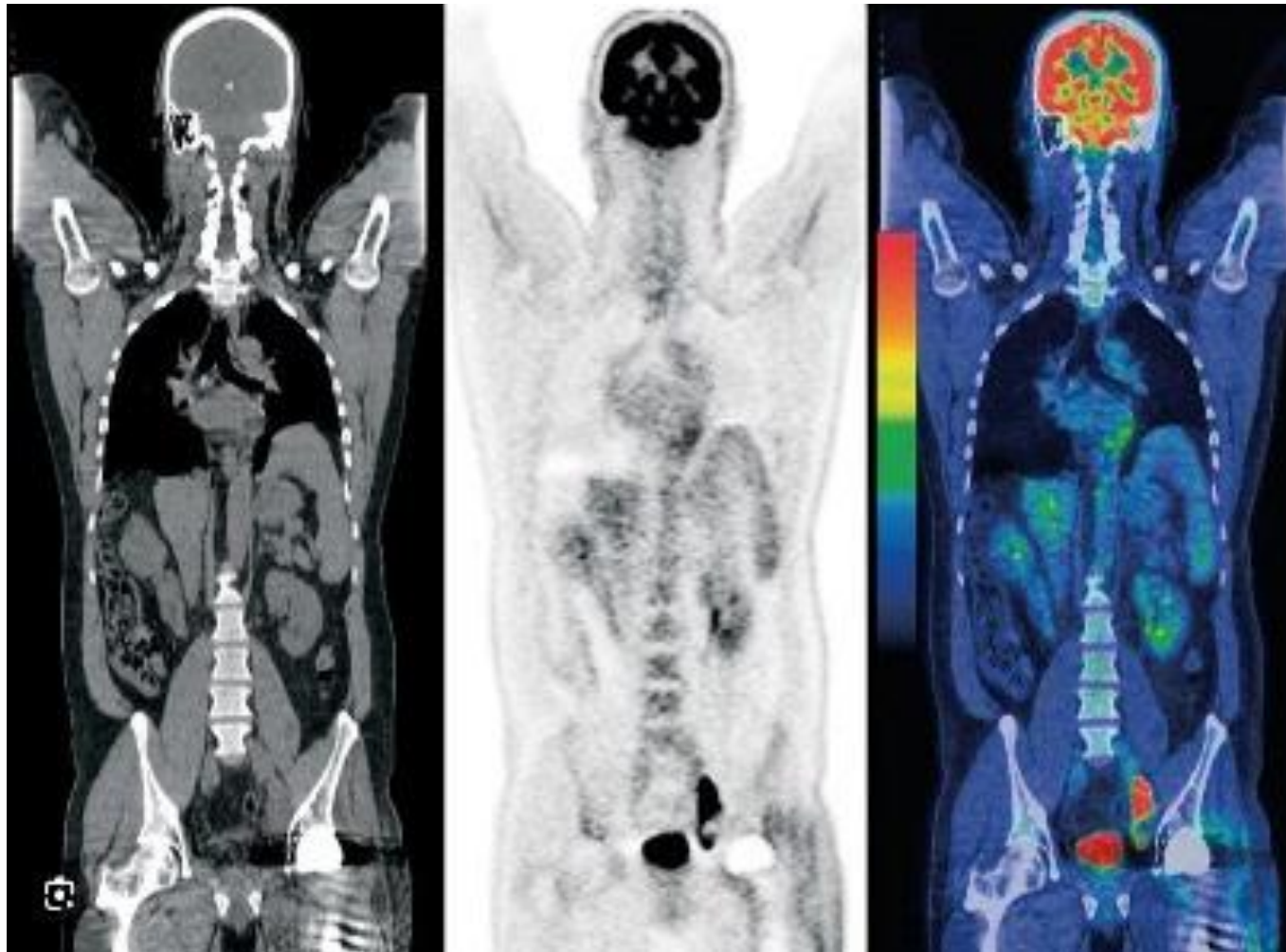
Si respuesta patológica completa:
SCC a 5a, 40-60% si IQ consolidación

Si pN+ tras IQ: supervivencia disminuye (SCC 13.5m)


¿PET-TC?

PET-TC

Fluorodeoxiglucosa



Mayor precisión

 >18% de cN+ que TC y más concordancia con pN

 Riesgo de FP y sobret ratamiento

 ¿Mejora resultados oncológicos?

No estudios randomizados (cN+ excluidos de los ensayos
de NAC)

1,739 patients (cTanyN1-3M0)

1. Cistectomía
2. QT
3. QT preop + cistectomía
4. Cistectomía + QT ady



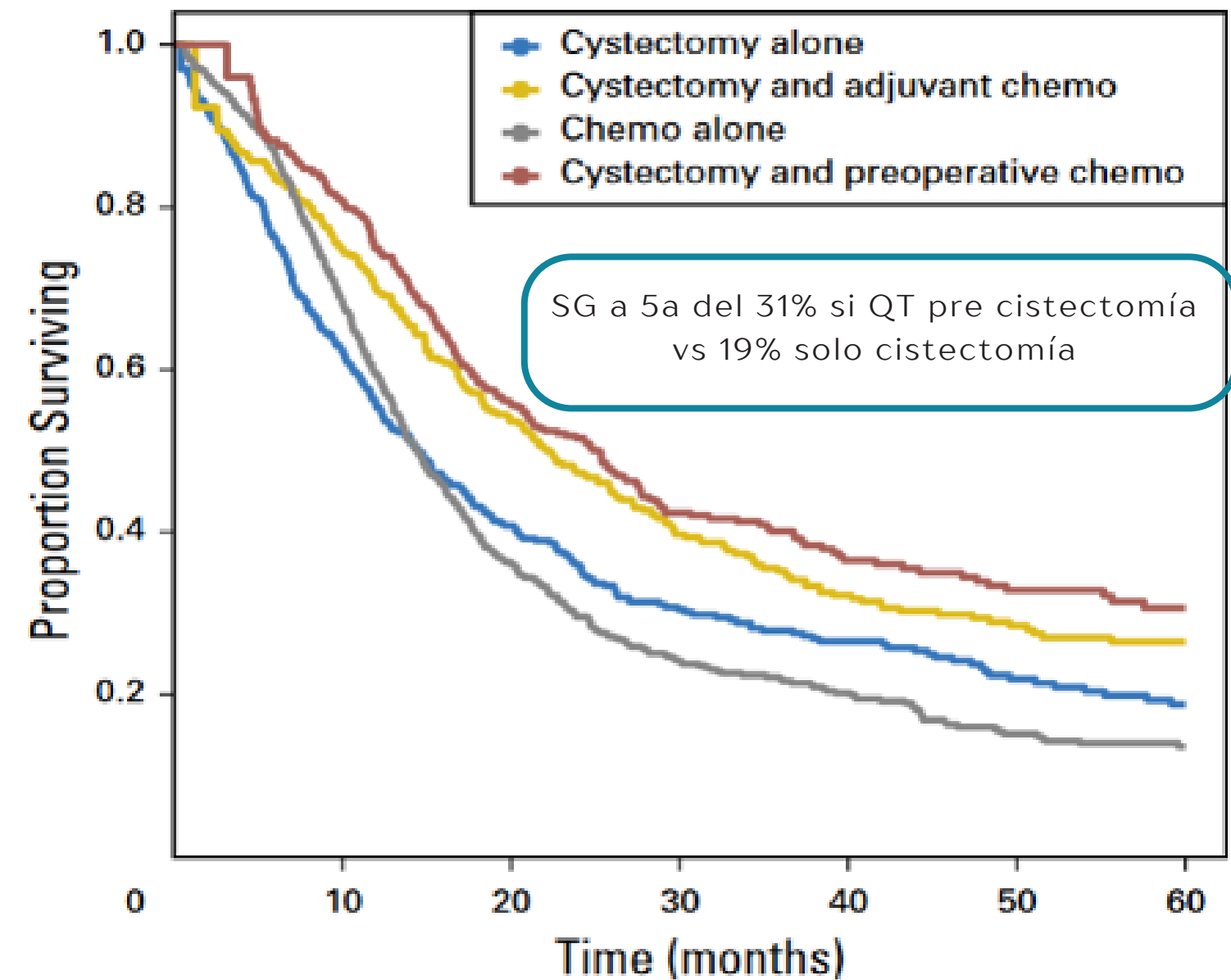
IQ de consolidación: pacientes con respuesta parcial/completa a QT. Respuesta patológica como predictor de SV, para mejorar resultados oncológicos



No respuesta a QT, paciente unfit o que no desee IQ (morbimortalidad de cistectomía)

Comparative Effectiveness of Treatment Strategies for Bladder Cancer With Clinical Evidence of Regional Lymph Node Involvement

Matthew D. Galsky, Kristian Stensland, John P. Sfakianos, Reza Mehrazin, Michael Diefenbach, Nihal Mohamed, Che-Kai Tsao, Paolo Boffetta, Peter Wiklund, William K. Oh, Madhu Mazumdar, and Bart Ferket



Algunos pacientes cN+ pueden tener larga supervivencia con terapia multimodal

OLIGOMETASTÁSICO



Qx No es el tratamiento estándar



Retroperitoneal, visceral u óseo



Estudios SOLO retrospectivos (la mayoría enfermedad retroperitoneal)



Mejor pronóstico: diseminación retroperitoneal que M1 visceral y mejor pulmón que hígado



Tratamiento:

- Cistectomía + LND
- RT pélvica

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

Efficacy of High-Intensity Local Treatment for Metastatic Urothelial Carcinoma of the Bladder: A Propensity Score-Weighted Analysis From the National Cancer Data Base

Thomas Seisen, Maxine Sun, Jeffrey J. Leow, Mark A. Preston, Alexander P. Cole, Francisco Gelpi-Hammerschmidt, Nawar Hanna, Christian P. Meyer, Adam S. Kibel, Stuart R. Lipsitz, Paul L. Nguyen, Joaquim Bellmunt, Toni K. Choueiri, and Quoc-Dien Trinh

- 3753 pacientes metastásicos (visceral, óseo o adenopatías no-regionales)
- 297(8%) recibieron QT + tto de consolidación(cistectomía o RT)

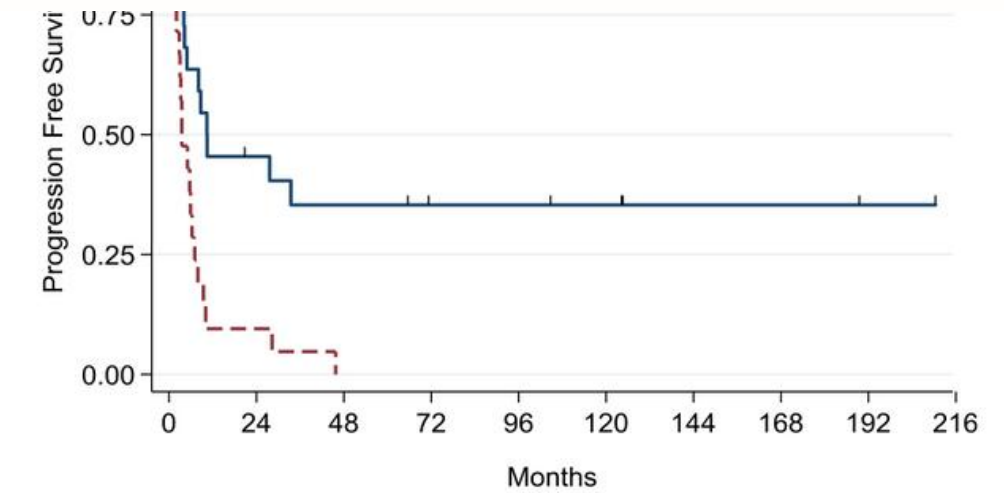
SCC: 14.92m vs 9.95m (p <0.001)



The role of metastatic burden in cytoreductive/consolidative radical cystectomy

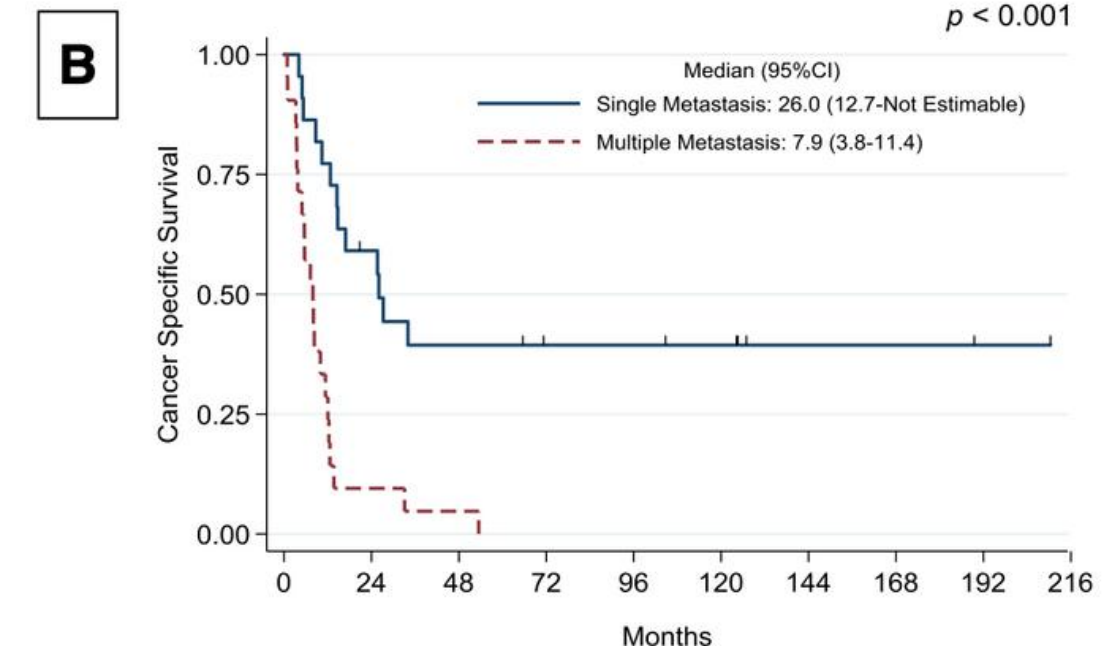
Roger Li¹ · Janet E. Baack Kukreja² · Mohamed A. Seif² · Firas G. Petros² · Matthew T. Campbell³ · Justin V. Nguyen⁴ · Graciela M. Nogueras González⁵ · Ashish M. Kamat² · Louis L. Pisters² · Colin P. Dinney² · Neema Navai²

		Univariate			Multivariate		
		HR	95% CI	p value	HR	95% CI	p value
Clinical staging ^a							
T staging							
≤ T1	10 (23.3)						
T2	18 (41.9)						
T3	6 (14.0)						
T4	8 (18.6)						
Unknown	1 (2.3)						
N staging							
N0	20 (46.5)						
N+	23 (53.5)						
M staging							
M0	11 (25.6)						
M+	32 (74.4)						
Clinical/pathologic site of metastasis							
Retroperitoneal nodes	30 (69.8)						
Lung	5 (11.6)						
Bone	5 (11.6)						
CNS	2 (4.7)						
Penis ^b	2 (4.7)						
Uterus, vagina ^b	2 (4.7)						
Distant lymph nodes	2 (4.7)						
Liver	1 (2.3)						
Adrenal	1 (2.3)						
Peritoneum	1 (2.3)						
Metastatic burden							
Single	22 (51.2)						
Multiple	21 (48.8)						
Neoadjuvant chemotherapy							
Yes	40 (93)						
No	3 (7)						
Age at cystectomy		1.01	0.97–1.04	0.75	–		
Female vs. male		1.07	0.52–2.21	0.85	–		
Biopsy proven		1.35	0.68–2.70	0.40	–		
Other mets vs. RPLN		1.10	0.55–2.20	0.80	–		
Multiple vs. single metastasis		4.49	2.16–9.33	< 0.001	2.62	1.16–5.90	0.02
Time from diagnosis to cystectomy		1.00	0.97–1.02	0.71	–		
NAC		1.95	0.47–8.18	0.36	–		
Response to NAC		0.81	0.39–1.66	0.56	–		
Number of nodes removed		1.01	0.99–1.04	0.21	–		
Clinical met vs. occult		0.58	0.27–1.21	0.15	–		
Any complication		0.89	0.44–1.78	0.74	–		
pT stage (pT > 2 vs. pT ≤ 2)		3.37	1.50–7.56	0.003	2.68	1.18–6.08	0.02
pN stage (pN+ vs. pN0)		5.83	2.32–14.64	< 0.001	2.77	1.01–7.64	0.05
Variant histology		1.25	0.63–2.48	0.52	–		
Post-surgical chemotherapy		1.19	0.60–2.35	0.62	–		
ASA (2 vs. 1)		2.02	0.60–6.83	0.26	–		
ASA (3 vs. 1)		2.34	0.65–8.45	0.20	–		



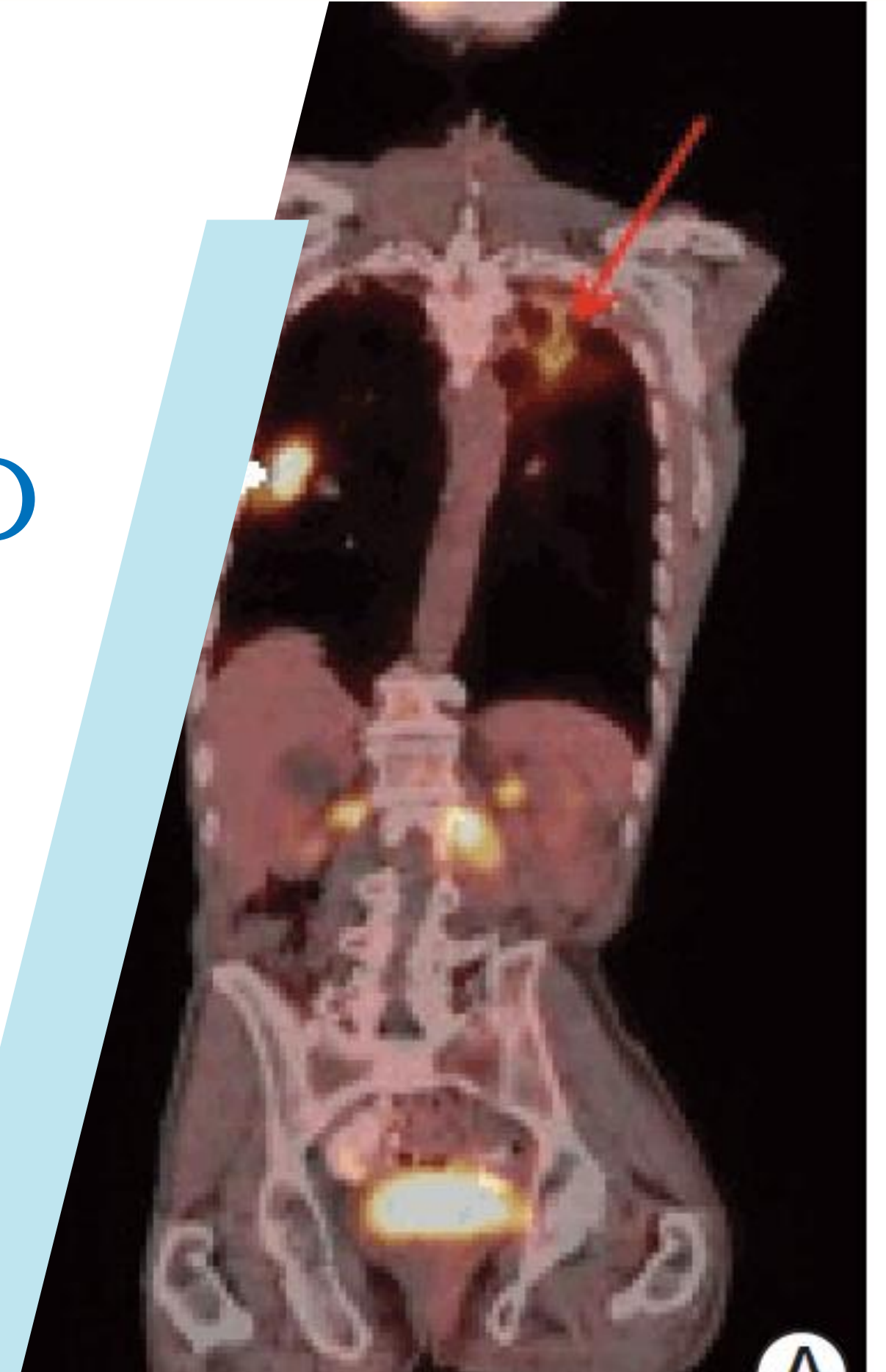
Number at risk

Months	0	24	48	72	96	120	144	168	192	216
Single Metastasis	22	9	7	5	5	4	2	2	1	0
Multiple Metastasis	21	2	0	0	0	0	0	0	0	0

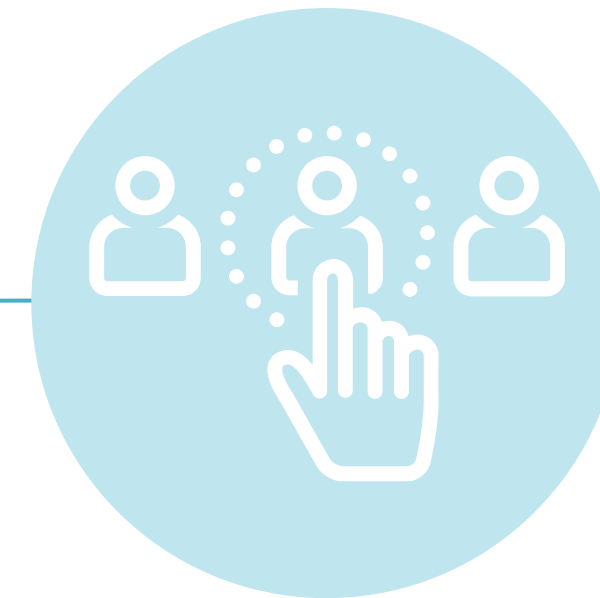


- QT con respuesta parcial o completa.
- CR posterior (53% complicaciones postoperatorias, 2.3% mortalidad)
- M+ única viven 18m más que M+ múltiples.
- SCC media de pacientes con M+ única de 32m (> QT sola o con inmunoterapia)

Tratamiento dirigido de las metástasis



METASTASECTOMÍA



Tras respuesta favorable y mantenida

Estudios retrospectivos

Elevada heterogeneidad

Sesgo de selección

Sobreestimación de resultados positivos

Al tratamiento sistémico

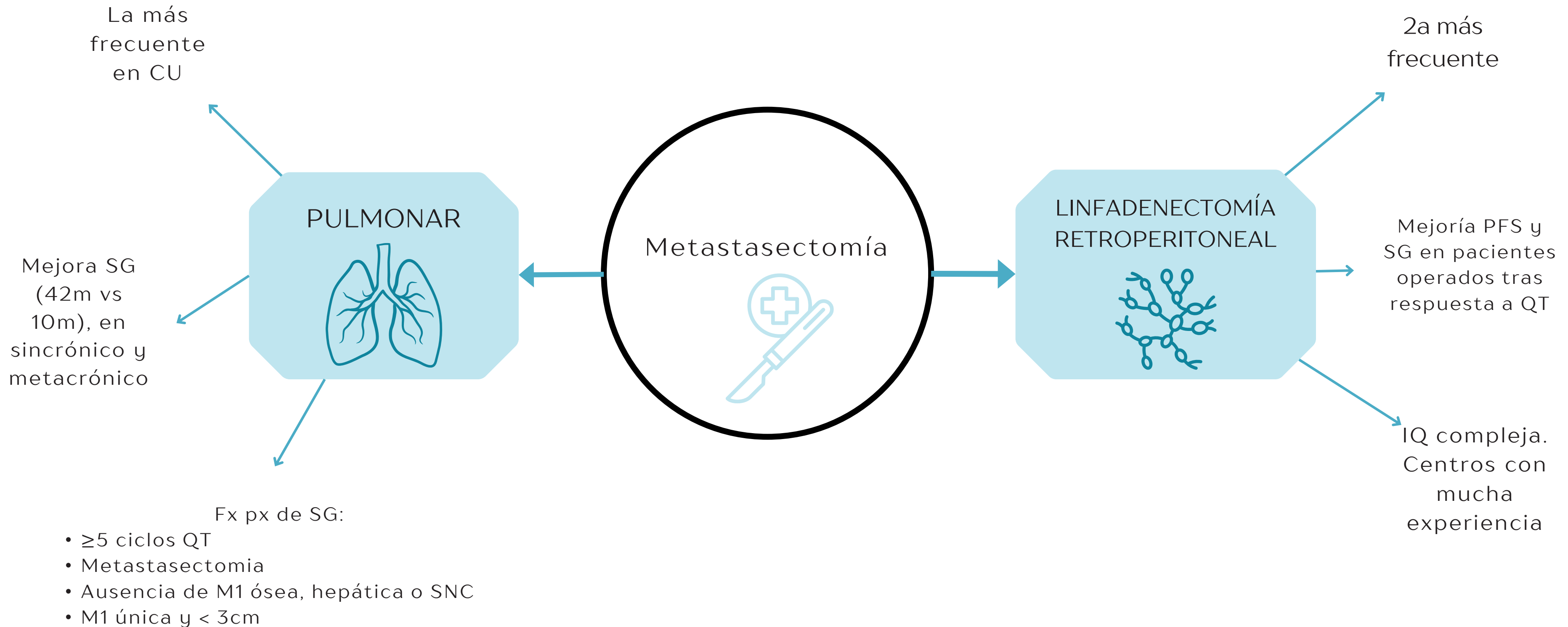
Pocos pacientes (n = 10-50)

No se usaba el término o criterios de oligometástasis

Buen PS, respuesta a quimioterapia, poco volumen de metástasis

En grupos de metastasectomía

II JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN URO-ONCOLOGÍA: UPDATE 2025





RADIOTERAPIA ABLATIVA ESTEROTÁTICA



Dosis altas de RT sobre
volumen limitado con
intención radical



Tras respuesta a QT
y con enfermedad
limitada

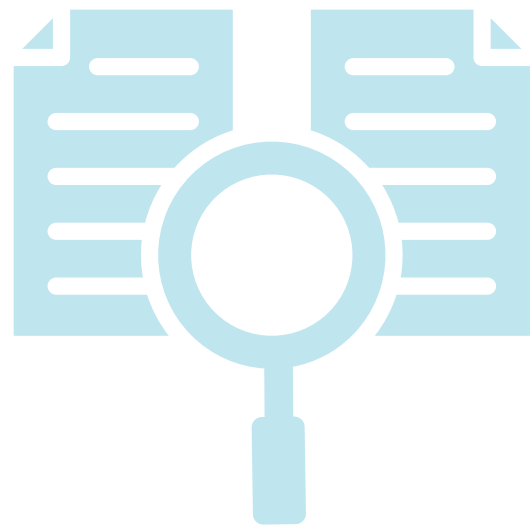


Podría retrasar
sucesivas líneas
de tto sistémico

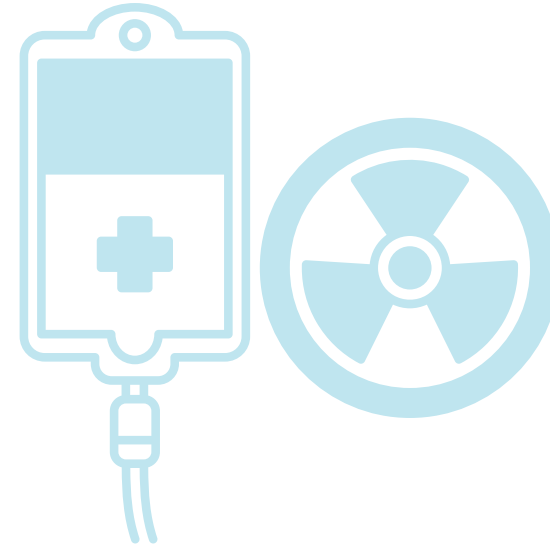


Posible sinergia de
RT con tto sistémico

INTERROGANTES



Comparación con el SOC tras QT
(Avelumab de mantenimiento)




Beneficio en la era del tratamiento
de 1a línea con EV-Pembro



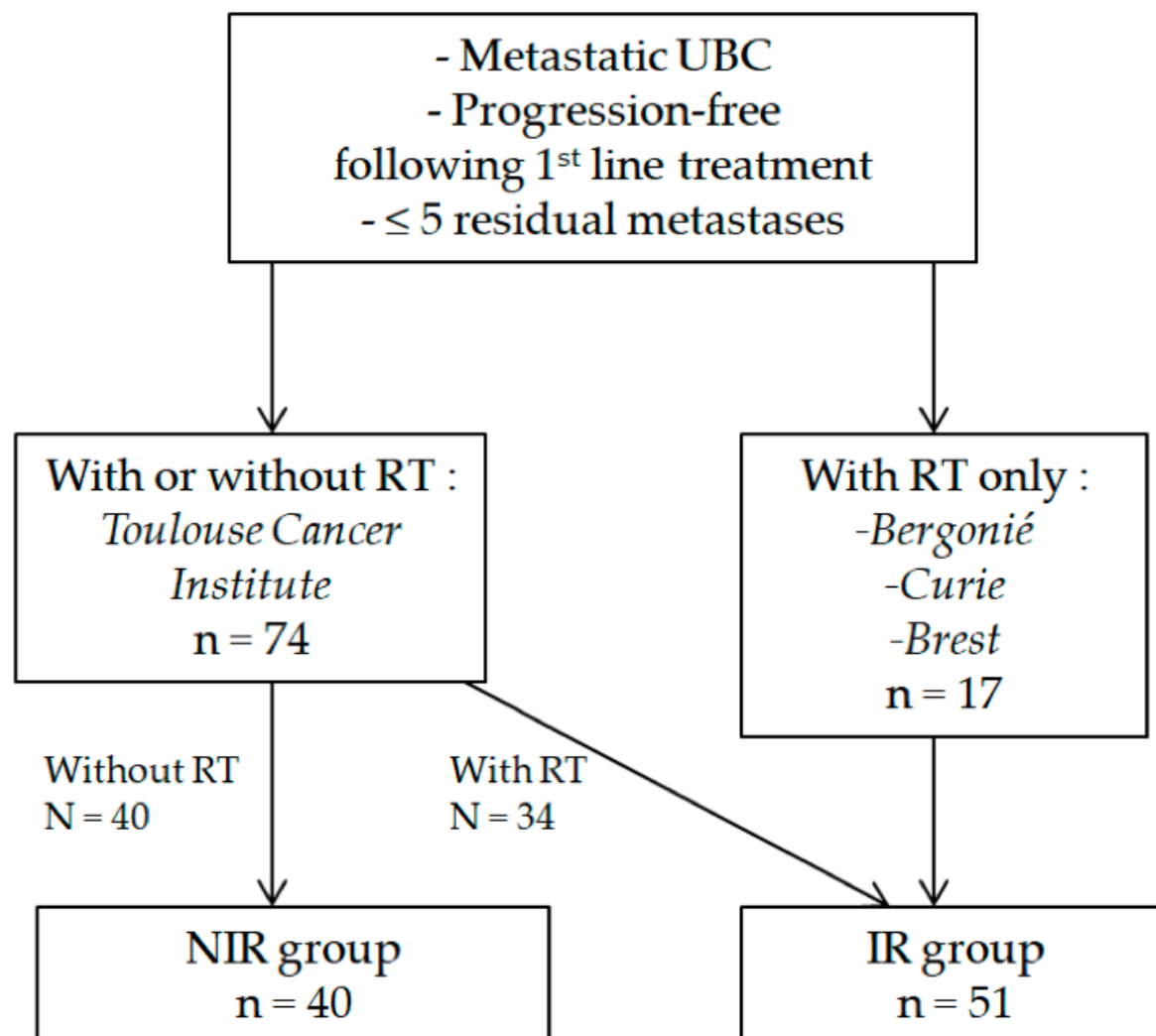
Rol del ctDNA como biomarcador
para seleccionar pacientes

Article
Consolidative Radiotherapy for Metastatic Urothelial Bladder Cancer Patients with No Progression and with No More than Five Residual Metastatic Lesions Following First-Line Systemic Therapy: A Retrospective Analysis

Amélie Aboudaram ¹, Léonor Chaltiel ², Damien Pouessel ³, Pierre Graff-Cailleaud ⁴ , Nicolas Benziane-Ouaritini ⁵, Paul Sargos ⁵, Ulrike Schick ⁶, Gilles Créhange ⁴, Elizabeth Cohen-Jonathan Moyal ¹, Christine Chevreau ³ and Jonathan Khalifa ^{1,*}

Irradiated Volume	N (%)	Total Dose Median (Range)	Dose per Fraction (Gy) Median (Range)	Number of Fractions Median (Range)	Total Dose EQD2 Gy
Bladder	36 (70.6%)	64.0 (45.0–66.0)	2.0 (1.7–3.0)	33 (15–36)	64.0 (48.0–66.0)
Pelvic Nodes	39 * (76.5%)	50.0 (24.0–63.0)	1.85 (1.6–3.0)	25 (10–34)	48.5 (24.0–63.5)
Metastasis	38 (74.5%) (56 lesions)	54.0 (30.0–67.5)	1.9 (1.7–18.0)	30 (3–34)	53.0 (45.0–132)


* Of whom eight patients had pelvic lymph node irradiation only without bladder irradiation.



- Estudio retrospectivo y multicéntrico.
- RT vesical en 36 pacientes y RT en M1 en 38 (24–60 Gy en 1–10 fracciones)
- SIEMPRE después de respuesta a QT
- Seguimiento de 85m
- SG 30m en RT vs 20m en no RT (HR=0.63 (0.37–1.05), p=0.074)
- Toxicidad pélvica G ≥ 3: 2.3%, y toxicidad en M1 G ≥ 3: 2,6%

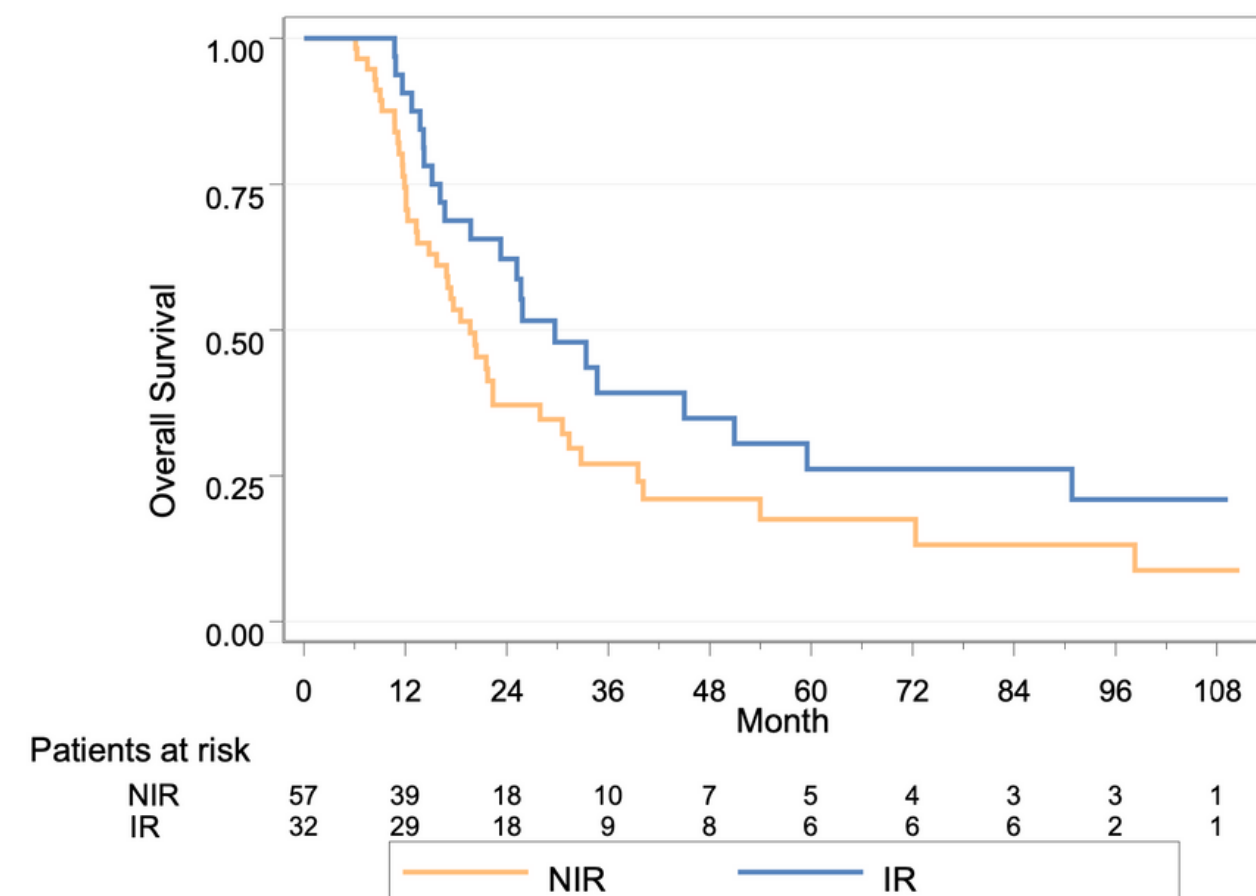
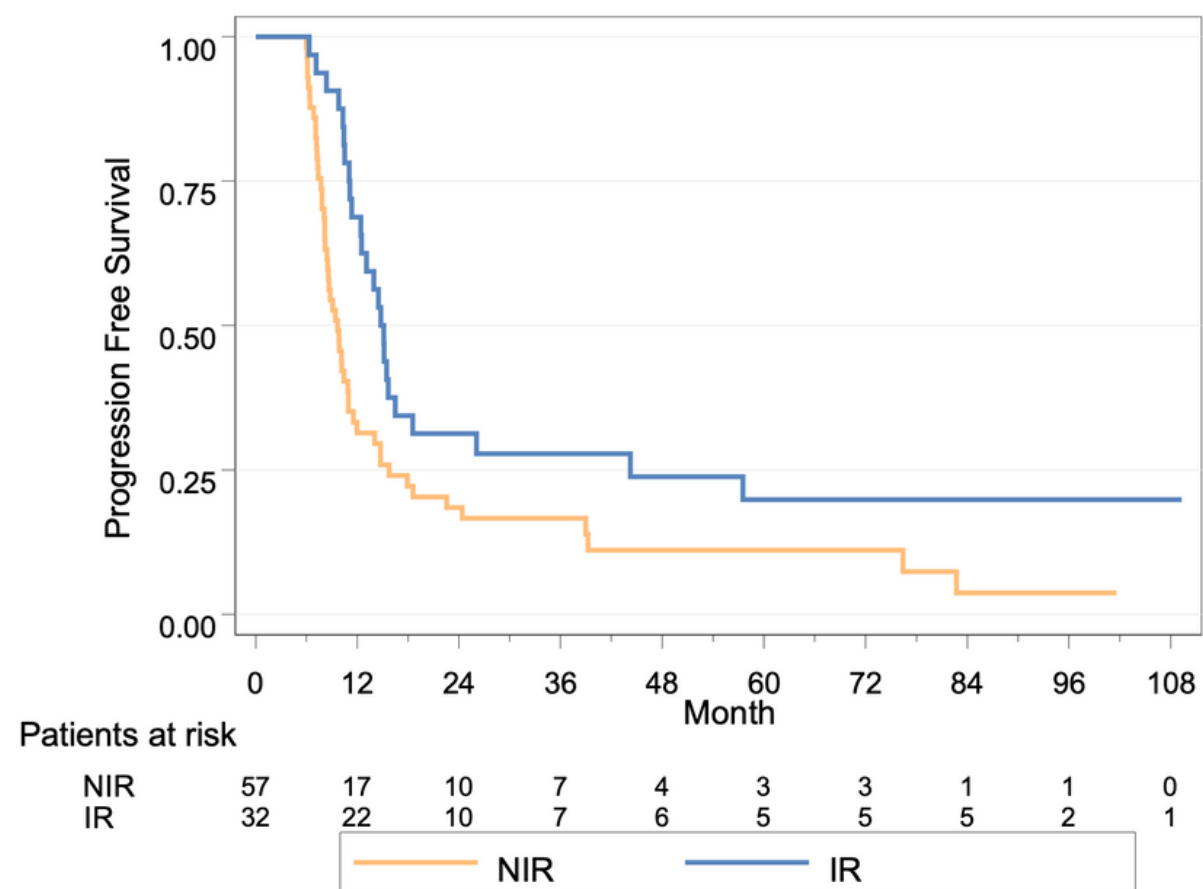
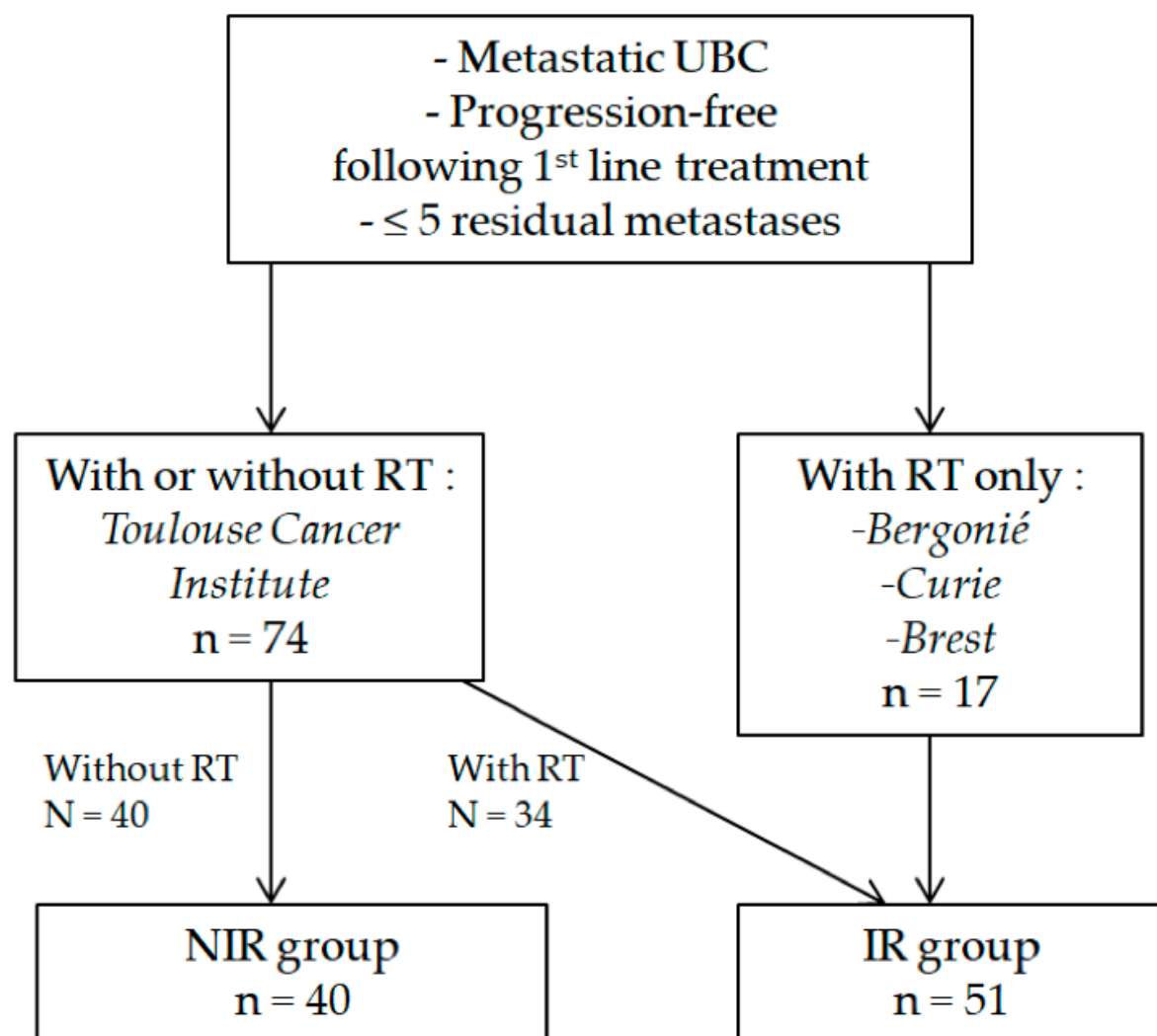
Article

Consolidative Radiotherapy for Metastatic Urothelial Bladder Cancer Patients with No Progression and with No More than Five Residual Metastatic Lesions Following First-Line Systemic Therapy: A Retrospective Analysis

Amélie Aboudaram¹, Léonor Chaltiel², Damien Pouessel³, Pierre Graff-Cailleaud⁴ , Nicolas Benziane-Ouaritini⁵, Paul Sargos⁵, Ulrike Schick⁶, Gilles Créhange⁴, Elizabeth Cohen-Jonathan Moyal¹, Christine Chevreau³ and Jonathan Khalifa^{1,*}

Irradiated Volume	N (%)	Total Dose Median (Range)	Dose per Fraction (Gy) Median (Range)	Number of Fractions Median (Range)	Total Dose EQD2 Gy
Bladder	36 (70.6%)	64.0 (45.0–66.0)	2.0 (1.7–3.0)	33 (15–36)	64.0 (48.0–66.0)
Pelvic Nodes	39* (76.5%)	50.0 (24.0–63.0)	1.85 (1.6–3.0)	25 (10–34)	48.5 (24.0–63.5)
Metastasis	38 (74.5%) (56 lesions)	54.0 (30.0–67.5)	1.9 (1.7–18.0)	30 (3–34)	53.0 (45.0–132)

* Of whom eight patients had pelvic lymph node irradiation only without bladder irradiation.

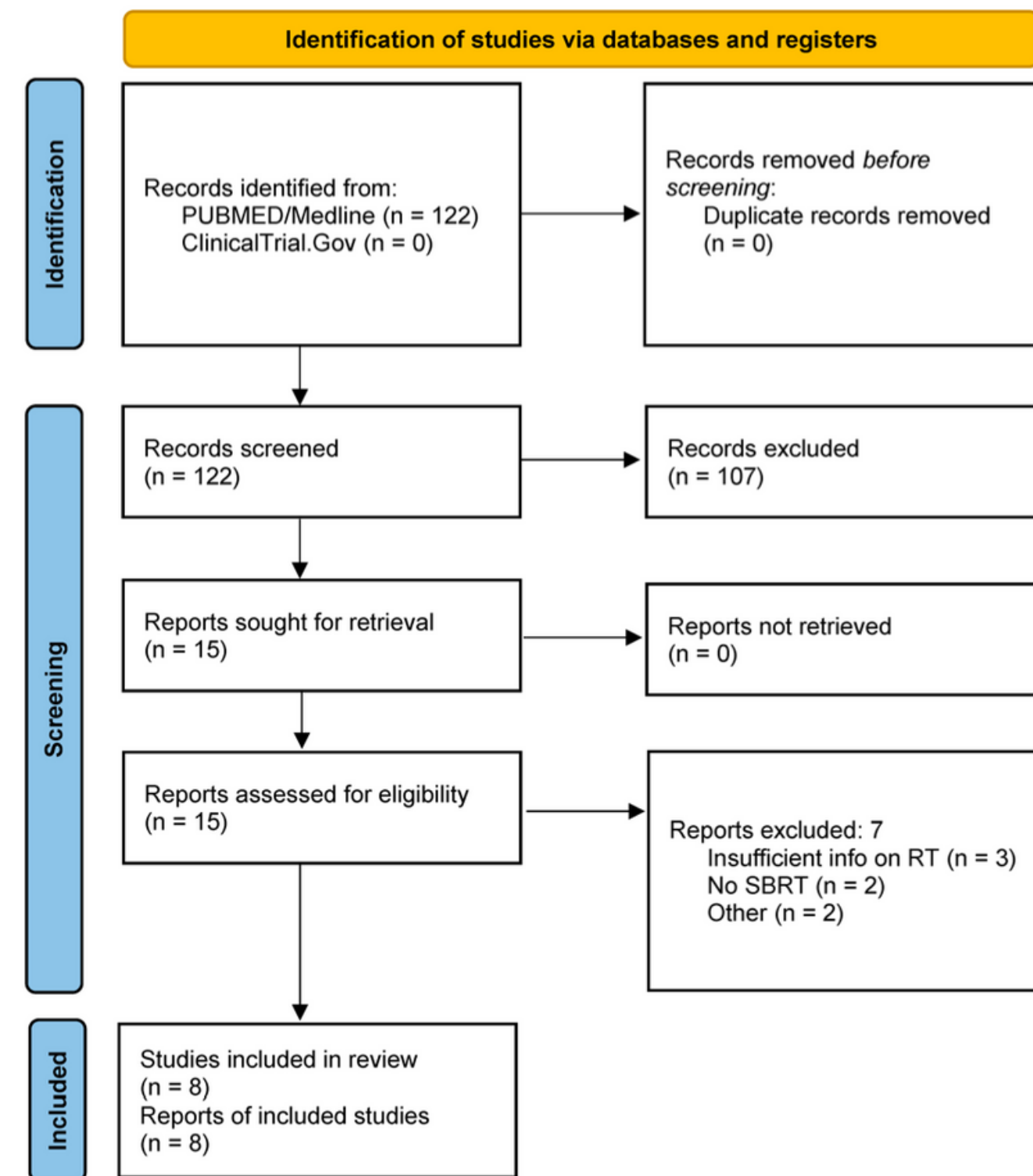


Systematic Review

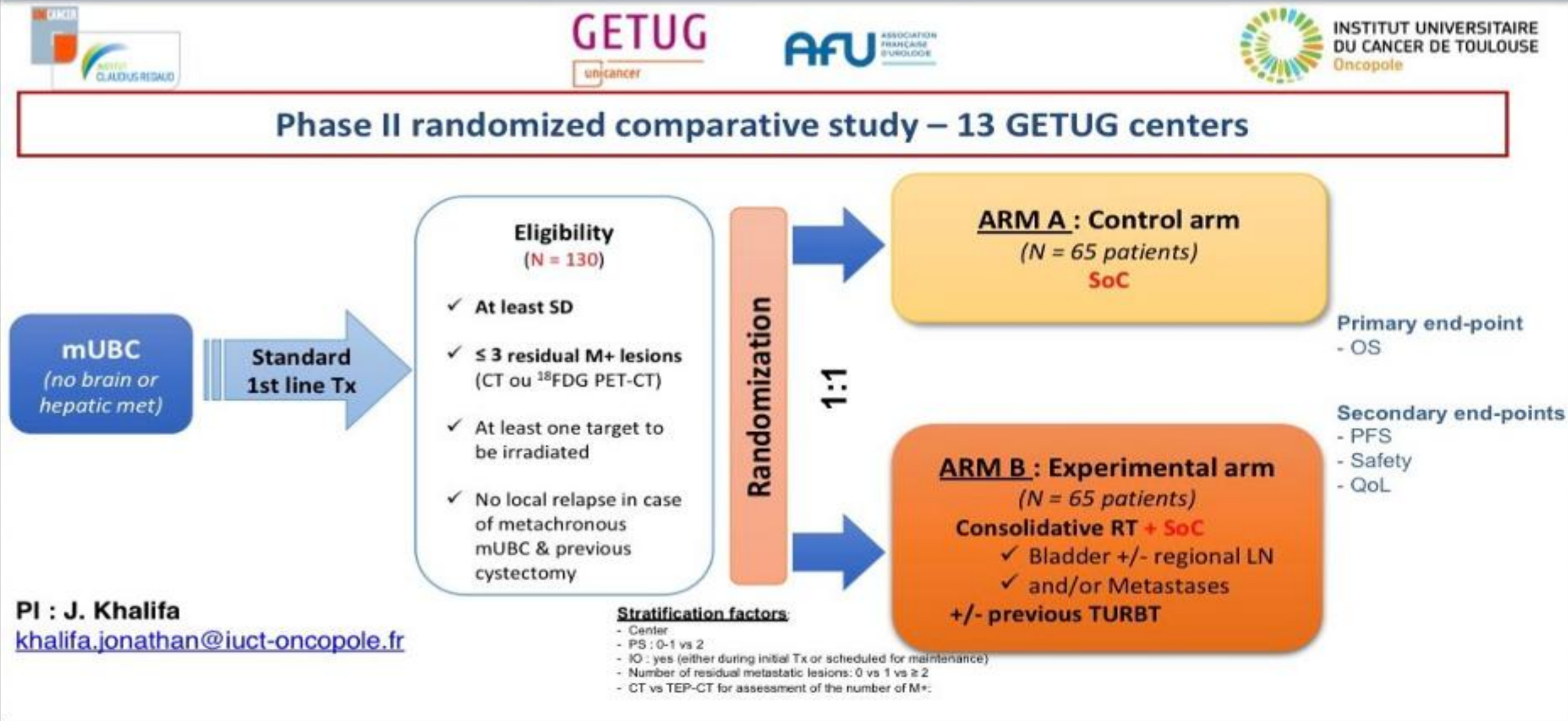
Oligometastatic Urothelial Cancer and Stereotactic Body Radiotherapy: A Systematic Review and an Updated Insight of Current Evidence and Future Directions

Antonio Angrisani ^{1,*}, Davide Giovanni Bosetti ¹, Ursula Maria Vogl ^{2,3}, Francesco Mosè Castronovo ¹
and Thomas Zilli ^{1,3,4,*}

- SBRT en pacientes que cumplen cx del consenso OligoM1 (<3–5 M1)
- 2 estudios prospectivos (1 RCT) y 6 retrospectivos
- Sincrónicos y metacrónicos
- Heterogeneidad dosis y esquemas de RT (24–60 Gy en 1–10 fracciones)
- SBRT a dosis ablativas (≥ 78 Gy) en sincrónica, mejores resultados que SBRT a bajas dosis o terapias sistémicas
- Toxicidad aceptable
- Resultados heterogéneos en cuanto a SG. Selección de pacientes



PHRC-K 2019 – BLAD RAD01 / GETUG AFU V07



- RCT multicéntrico fase II
- OligoM1 con respuesta mantenida a QT y en tto con Avelumab de mantenimiento
- Randomizados a RT consolidativa en vejiga y/o en M1 (≤3 lesions) vs no RT

CONCLUSIONES

OLIGOMETASTÁSICO

<3 lesiones, <3 órganos, <3cm lesion.

MULTIDISCIPLINAR

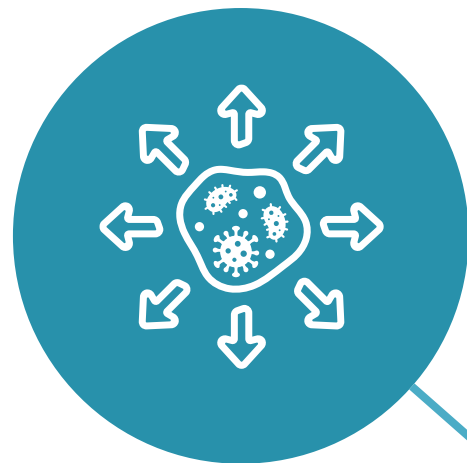
Respuesta mantenida a tratamiento sistémico inicial

RADIO/IQ MEJORAN SG

- N+
- Retroperitoneal
- M1 pulmonar única

Qx Y RT

Aceptable morbilidad y toxicidad



CONCLUSIONES

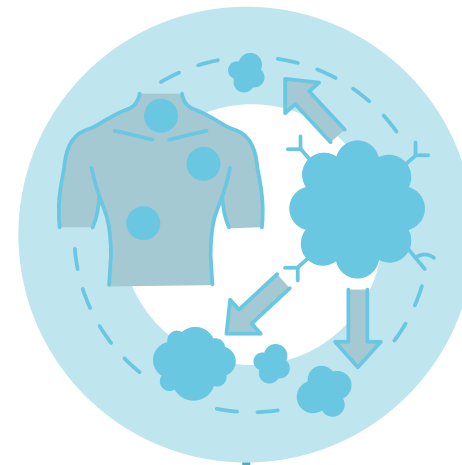
LESIONES
ABORDABLES

Radioterapia o cirugía



OPCIONES DE
TRATAMIENTO

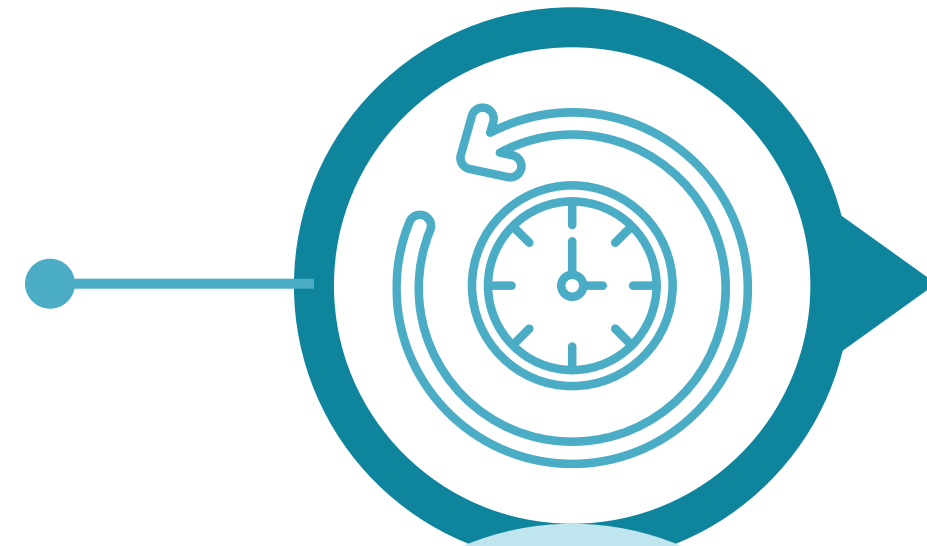
Sobre la vejiga y/o
sobre la metástasis



BUEN PS



LIMITACIONES



Retrospectivos con pocos pacientes

| 01

02

Sesgo de selección (sobreestima resultados +)



Heterogeneidad

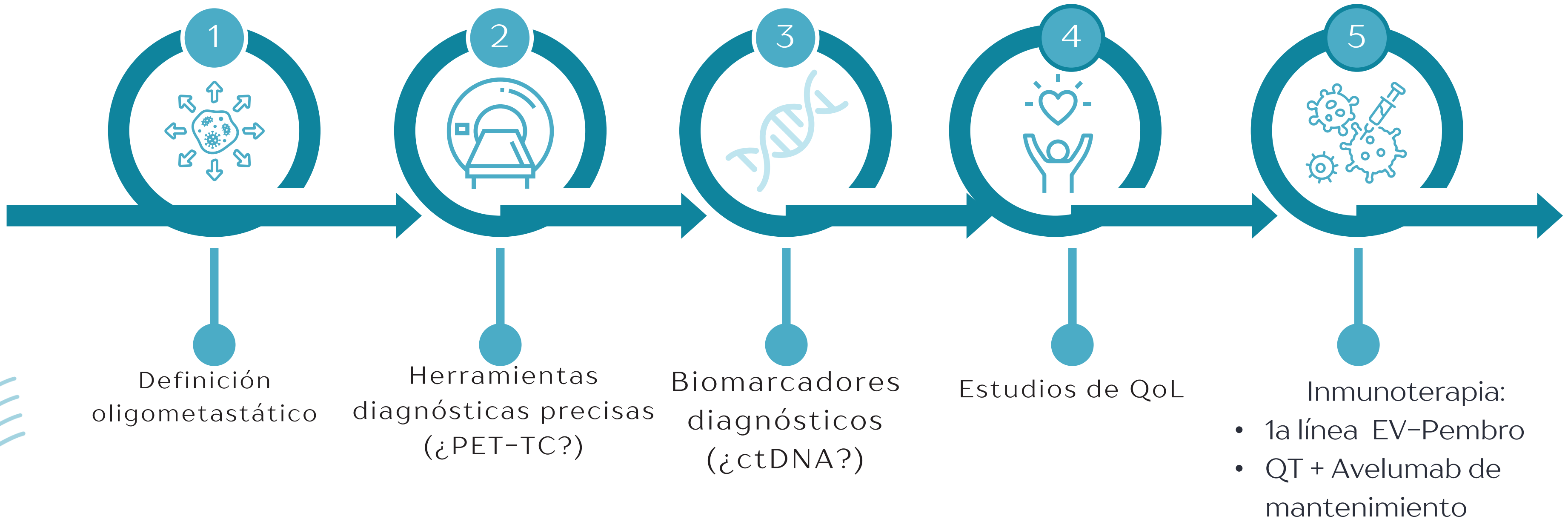
| 03

04

Baja precisión del estadiaje por RMN/TC



RETOS







II JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN URO-ONCOLOGÍA: UPDATE 2025



GRACIAS!