SEOM 50 años cambiando el significado del cáncer
CONGRESO 2026
MADRID
29 - 30 SEPTIEMBRE
1 - 2 OCTUBRE
HOTEL MELIÁ CASTILLA
@_SEOM @SEOM_ONCOLOGIA #SEOM26

Secuencia terapéutica tras atezolizumab-bevacizumab en carcinoma hepatocelular avanzado: resultados en práctica clínica del registro español RETUD

A. López[1], R. Vera[2], R. Jimeno[3], E. Jiménez-Orozco[4], A. La Casta[5], A. Ruiz[6], M. Rodríguez-Garrote[7], F. García-Verdejo[8], B. García-Paredes[9], A. Lamarca[10], M. Calvo[11], N. Luque[12], C. Blanco[13], A. Fernández-Montes[14], P. Cerdà[15], R. Vidal-Tocino[16], J. Gallego[17], J. Cano[18], T. García-García[19], C. López[20]

1.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario de Burgos, Burgos. 2.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario de Navarra, Instituto de Investigación de Navarra (IdiSNA), Navarra. 3.Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL), Santander. 4.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera. 5.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián. 6.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. 7.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. 8.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario de Jaén, Jaén. 9. Departamento de Oncología Médica, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Universidad Complutense, Madrid. 10.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz; Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD); Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid. 11.Departamento de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia L'Hospitalet. Oncobell Program-IDIBELL. L'Hospitalet del Llobregat, Barcelona. 12.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. 13.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. 14.Departamento de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense. 15.Departamento de Oncología Médica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Institut de Recerca Sant Pau (IR SANT PAU), Barcelona. 16.Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitario de Salamanca, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca. 17.Servicio de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Elche, Alicante. 18.Departamento de Oncología Médica, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real. 19.Departamento de Oncología Médica, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena. 20.Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL), UNICAN, Santander.

1 Introducción y objetivo

El carcinoma hepatocelular (CHC) es el tumor maligno primario hepático más frecuente y una de las principales causas de muerte relacionadas con el cáncer en el mundo. Una gran proporción de pacientes son diagnosticados en un estadio avanzado o irresecable, donde los tratamientos sistémicos son la principal opción de tratamiento.[1]

La combinación de atezolizumab y bevacizumab (AB) es un estándar de tratamiento de primera línea (1L) en carcinoma hepatocelular avanzado (aCHC). Este estudio, proporciona una oportunidad para caracterizar las estrategias de segunda línea (2L) tras AB y su eficacia en práctica clínica (PC) en España mediante datos de vida real obtenidos del registro RETUD.

2 Métodos

RETUD (NCT06711211) es un estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico del Grupo Español para el Tratamiento de los Tumores Digestivos (TTD) que recoge información de pacientes con distintos tipos de tumores digestivos, entre los que se encuentra el CHC.

En marzo de 2026, el registro contaba con 817 pacientes con aCHC diagnosticado desde enero de 2017. De estos pacientes, 247 recibieron AB en 1L (30,2%), de los que 56 (22,7%) iniciaron una 2L.

Se describen variables clínicas y resultados de eficacia (tasa de respuesta objetiva [TRO], tasa de control de enfermedad [TCE], supervivencia libre de progresión [SLP] y supervivencia global [SG] desde inicio de 2L). La TRO y TCE se evalúan según RECIST 1.1, y las curvas de supervivencia mediante Kaplan-Meier. Todo el análisis se realizó utilizando el software estadístico R v4.5.1

3 Resultados

De los 56 pacientes que iniciaron una 2L, 47 (83,9%) lo hicieron tras progresión a 1L, 6 (10,7%) por eventos adversos y 3 (5,4%) por otros motivos. La mediana (m) de edad fue de 64,5 años (44-83).

Tabla 1. Características basales al inicio de 2L (N=56)

Característica	N total	N (%)
Sexo: hombre / mujer	56	49(87,5) / 7(12,5)
BCLC: B / C	53	12(21,4) / 41(73,2)
ECOG: 0-1 / ≥2	55	48(87,3) / 7(12,7)
Child-Pugh: A / B	42	36(85,7) / 6(14,3)
ALBI: 1 / 2-3	54	23(42,6) / 31(57,4)
Invasión macrovascular (IMV)	56	17(30,4)
Enfermedad extrahepática (EEH)	56	24(42,9)

ALBI: ALBI score; BCLC, Barcelona Clinic Liver Cancer; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group.

Los inhibidores tirosina-kinasa (TKIs) se administraron en 2L a 46 pacientes (82,1%), principalmente sorafenib en 40 (86,9%), lenvatinib en 5 (10,9%) y regorafenib en 1 (2,2%). Siete pacientes (12,5%) recibieron inmunoterapia (IO): 3 (42,8%) pembrolizumab, 3 (42,8%) dentro de ensayo clínico y 1 (14,3%) durvalumab + tremelimumab. Dos pacientes (3,6%) recibieron quimioterapia (QT).

Tabla 2. Tipos de tratamientos de 2L (N=56)

Therapy	N (%)
IO	7 (12,50)
TKI	46 (82,14)
QT	2 (3,57)

IO, inmunoterapia; TKI, inhibidor de la tirosina-kinasa; QT, quimioterapia.

La TRO y TCE fueron del 3,9% y 21,2%, respectivamente. La TRO con TKIs fue del 4,7% y del 0,0% con IO, con una TCE del 20,9% y del 28,6%, respectivamente. Los pacientes con ALBI 1 presentaron mayor TCE que aquellos con ALBI 2-3 (36,4% vs 7,1%).

Con una m de seguimiento de 4,3 meses desde el inicio de 2L, la mSLP y mSG (Figura 1) fueron de 3,4 (IC95%: 2,8–6) y 7,7 meses (IC95%: 3,6–9,5), respectivamente. En el análisis univariante, las únicas variables asociadas con mejor mSG fueron: ECOG 0–1 vs ≥2 (8,2 vs 3,0 meses; HR: 4,6 [IC95%: 1 ,8-11,7]) y ALBI 1 vs 2-3 (9,0 vs 4,3 meses; HR: 2,1 [IC95%: 1,1-4,3])
En el análisis multivariante (Figura 2), únicamente el ECOG 0-1 vs ≥2 se mantuvo como factor independiente asociado a una mejor mSG (HR: 4,88 [IC95%: 1,9-12.5]).

Figura 1. Curva de supervivencia Kaplan-Meier para SG.

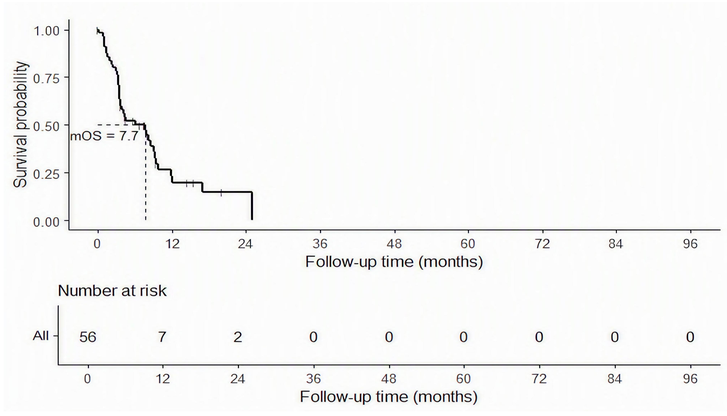

Figura 2. Forest plot para análisis multivariante de Cox para SG.

Variable		N	Hazard ratio	p
ECOG	ECOG 0-1	46	Reference	
	ECOG 2-4	7	4.88 (1.91, 12.48)	<0.001
ALBI Grade	Grade 1	22	Reference	
	Grade 2/3	31	2.03 (0.98, 4.20)	0.06
Macrovascular invasion	No	38	Reference	
	Yes	15	1.19 (0.55, 2.57)	0.67
Extrahepatic spread	No	30	Reference	
	Yes	23	1.83 (0.93, 3.62)	0.08

4 Conclusiones

Los TKIs constituyen la estrategia más empleada en 2L en PC para pacientes con aCHC tratados con AB en 1L, con una eficacia coherente con datos previos. Un mejor estado funcional y función hepática se asocian a mejores resultados clínicos, subrayando su papel clave en la selección de candidatos a tratamiento en 2L. Estos datos apoyan la necesidad de estudios para optimizar la secuencia tras 1L.

5 Revisión científica y Agradecimientos

La redacción científica fue supervisada y coordinada por el grupo de hepatocarcinoma de TTD.
Los autores quieren dar su agradecimiento a los pacientes y a todo el equipo de las instituciones participantes.

6 Financiación

Este estudio se ha realizado mediante becas de investigación sin restricciones de Roche Farma, S.A., AstraZeneca Farmacéutica Spain S.A. y Eisai Farmacéutica S.A.

7 Referencias

1. Llovet JM *et al. Nat Rev Dis Primers*. 2024; **2**. Finn RS *et al. N Engl J Med*. 2020; **3**. Cheng AL *et al. J Hepatol.* 2022.

8 Información de contacto

Email: alopezmu@saludcastillayleon.es