

*Trabajos Originales*

# Carcinoma Renal. Análisis de 50 casos

**Dr. Sergio Metrebián**

**Dr. Manuel Goyanes**

**Dr. Daniel Roca**

Servicio de Urología, Departamento de Cirugía.  
Hospital Privado de Córdoba

## RESUMEN

Cincuenta pacientes con diagnóstico de Carcinoma renal fueron estudiados y tratados en nuestro Servicio desde 1984 a 1989. Ellos constituyen el 89,30o/o de los tumores renales.

Los hallazgos clínicos más frecuentemente encontrados fueron: Hematuria (46,42%), lumbalgia (44,64o/o) y tumor palpable (32,14o/o). La triada clásica se presentó en el 16,06o/o. La eritrosedimentación elevada en el 52o/o de los pacientes fue el ítem de laboratorio de mayor incidencia.

El análisis retrospectivo de los estudios por imágenes reveló la utilidad y precisión diagnóstica de los mismos. El 49o/o de los pacientes fueron diagnosticados antes de los 3 meses, desde el comienzo de los síntomas, con un hallazgo incidental del 7,1o/o. El 50o/o de los enfermos tuvieron enfermedad localizada al momento del diagnóstico. (Estadíos I y II). La sobrevida global a los 2 años fue del 57,50o/o.

La evolución del conocimiento de los tumores renales es en realidad la historia de la osadía quirúrgica dentro de un microcosmos. La información obtenida de autopsias en relación con trastornos renales era escasa y fue solamente gracias a la introducción de la nefrectomía y de otras intervenciones quirúrgicas para enfermedades renales que pudo obtenerse la información clínica y la comprensión de la histopatología, bases

de nuestros conceptos actuales de los tumores renales (J.B. de Kernión).

La interpretación y las opiniones surgidas de dichas intervenciones datan desde 1826 con las observaciones de Koning, pasando por Robin (1855), Waldeyer (1867), Grawitz (1883), Albarrán e Imbert (1903), hasta las actuales de Glenn (1980).

Varias clasificaciones han sido adoptadas en un esfuerzo por reconocer e incluir las diversas neoformaciones que puedan afectar al riñón.

Teniendo en cuenta esos antecedentes históricos, las coincidencias clínicas, histopatológicas, la metodología diagnóstica y el abordaje terapéutico actual realizamos un análisis de los últimos 5 años en nuestro Servicio.

## MATERIAL Y METODO:

Desde enero de 1984 a julio de 1989 estudiamos y tratamos 50 pacientes con carcinoma renal.

La metodología utilizada para el diagnóstico, estadificación y tratamiento es considerada:

- **Evaluación clínica:** se detalló lo siguiente:
  - Síntomas, signos y síndromes
  - Tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico

- Cuando ocurrió, precisamos los hallazgos incidentales y/o por metástasis.
- **Laboratorio:** se solicitaron los siguientes análisis:
  - Hemocitológico completo
  - Eritrosedimentación
  - Creatinina - Uremia
  - Fosfatasa alcalina
  - Hepatograma
  - Calcemia
  - Orina completa
- **Diagnóstico por imágenes:** se utilizaron de acuerdo con las posibilidades, las circunstancias y las condiciones del paciente los siguientes métodos para diagnóstico y estadificación de la enfermedad:
  - UIV con nefrotomograma
  - Ecografía
  - TAC
  - Arteriografía renal selectiva con o sin embolización
  - Tomografía lineal de tórax
  - Centellograma óseo total
  - Cavografía
- **Tratamiento:** de acuerdo al estadio tumoral se realizaron los siguientes procedimientos terapéuticos:
  - Quirúrgico: Nefrectomía:
    - Vía lumbar
    - Vía abdominal
    - Toraco laparotomía
  - Médico: tratamiento hormonal
  - Radioterapia
  - Tratamiento quirúrgico de las metástasis
- **Controles y seguimiento del enfermo:**
  - Examen clínico, laboratorio y Rx de tórax: cada 2 meses, por 1 año.
  - Centellograma óseo y ecografía de abdomen: cada 6 meses
  - TAC: 1 vez al año

Durante el segundo año las frecuencias del control clínico, laboratorio y Rx de tórax se realizan cada 4 meses y se mantiene la misma frecuencia para el resto de los procedimientos.
- **RESULTADOS:** los 50 pacientes evaluados nos permitieron analizar los siguientes resultados:
- **Edad:** los enfermos controlados tenían entre 31 y 78 años, con un promedio de 58,7 años. La distribución etárea es la siguiente:
  - 30 - 39 años: ... 3,57o/o
  - 40 - 49 años: ... 17,85o/o

- 50 - 59 años: ... 30,85o/o
- 60 - 69 años: ... 35,71o/o
- 70 - 79 años: ... 12,50o/o

- **Sexo:** treinta y un pacientes (62o/o) fueron varones, 19 pertenecían al sexo femenino (38o/o). La relación hombre/mujer fue 1,5/1.
- **Clínica:**
  - **Tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico:** Distribuimos a los pacientes en intervalos desiguales de tiempo:
    - Menos de 3 meses: ... 49o/o
    - 4 meses a 1 año: ... 20,90o/o
    - Más de 1 año: ... 30,10o/o
  - **Hallazgo incidental:** fue realizado en 4 pacientes (7,1o/o), los cuales presentaron carcinoma renal estadios I - II.
  - **Hallazgo por metástasis:** se efectuó en 4 pacientes (7,1o/o). Las localizaciones donde se realizó el diagnóstico inicial son:
    - cerebro
    - llingua
    - pulmón
    - columna vertebral
  - **Síntomas, signos y síndromes:**
    - Hematuria: ... 26 pac. 46,42o/o
    - Lumbagia: ... 25 pac. 44,64o/o
    - Tumor: ... 18 pac. 32,14o/o
    - Pérdida de peso: 17 pac. 34o/o
    - Astenia: ... 11 pac. 22o/o
    - Síntomas gastrointestinales: ... 9 pac. 16,06o/o
    - Hipertensión arterial: ... 9 pac. 16,06o/o
    - Anorexia: ... 8 pac. 16o/o
    - Síntomas neurológicos: ... 5 pac. 10o/o
    - Insuficiencia renal crónica: ... 2 pac. 4o/o
    - Retención de orina 2 pac. 4o/o
    - Síndrome febril: .. 1 pac. 2o/o
    - Otros: ... 5 pac. 10o/o

Dolor en el tórax  
Dolores óseos generales  
Hemoptisis  
Dolores abdominales
  - Triada (hematuria, dolor, tumor): ... 9 pac. 16,06o/o
- **Laboratorio:**
  - Anemia ... 14 pac. 28o/o
  - Eritrocitosis: ... 2 pac. 4o/o
  - Eritrosedimentación elevada (N: ): ... 26 pac. 52o/o

- Microhematuria: . 16 pac. 30o/o
- Creatinina - uremia elevadas: . . . . . 4 pac. 8o/o
- Calcemia elevada: . 1 pac. 2o/o
- Hepatograma anormal: . . . . . 0 pac. 0o/o
- **Diagnóstico por imágenes:**
- UIV: . . . . . Efectuados: 35 pac. Positivos: 35 pac.
- Ecografía: . . . . . Efectuadas: 25 pac. Positivas: 24 pac. Dudosa: 1 pac.
- TAC: . . . . . Efectuadas: 14 pac. Positivas: 12 pac. Dudosas: 2 pac.
- Arteriografía: . . . . . Efectuadas: 33 pac. Positivas: 31 pac. Dudosa: 1 pac. Errónea: 1 pac. (Quiste) Embolizados: 6 pac.
- Centellograma óseo total: . . . . . Efectuados: 50 pac. Normales: 41 pac. Hipercaptación: 9 pac.
- Cavografía: . . . . . Efectuadas: 2 pac.
- **Localización del tumor:**
- Riñón derecho: . . 24 pac. 48o/o
- Riñón izquierdo: . 25 pac. 50o/o
- Bilateral: . . . . . 1 pac. 2o/o
- **Tratamiento:**
- Nefrectomía . . . . 42 pac. 84o/o
  - Lumbotomía: 2 pac.
  - Toraco-laparatomía: 3 pac.
  - Abdominal: 41 pac.
- Combinado: . . . . . 5 pac. 10o/o
  - Cirugía + Medroxi-progesterona
- Médico: . . . . . 2 pac. 4o/o
  - Medroxi-progesterona
  - Radioterapia
- No se realizó tratamiento: . . . . 1 pac. 2o/o
- Complicaciones: . . 6 pac. 12o/o
  - Intraoperatorias:
    - Esplenectomía traumática: . . 3 pac.
    - Desgarro vena cava: . . . . . 1 pac.
  - Post-operatorias:
    - Hemorragia digestiva: . . . . 1 pac.
    - Eventración: . . 1 pac.

**Estadío tumoral:** luego de los estudios realizados y con la información histológica, los pacientes fueron clasificados según los hallazgos, obteniéndose los si-

guientes resultados:

- Estadío I: . . . . . 15 pac. 30o/o
- Estadío II: . . . . . 10 pac. 20o/o
- Estadío III: . . . . . 10 pac. 20o/o
- Estadío IV: . . . . . 13 pac. 26o/o
- No clasificados: . . . . 2 pac. 4o/o

**Sobrevida:** de los 50 pacientes enumerados, se controlaron 40 hasta 2 años del diagnóstico y tratamiento, los que son especificados por estadío:

- Estadío I:
  - 11/15 . . vivos 9 pac. 81,91o/o
  - fallecidos 2 pac. 18,18o/o
- Estadío II:
  - 9/10 . . vivos 7 pac. 77,77o/o
  - fallecidos 2 pac. 22,22o/o
- Estadío III:
  - 9/10 . . vivos 5 pac. 55,85o/o
  - fallecidos 4 pac. 44,44o/o
- Estadío IV:
  - 11/13 . . vivos 2 pac. 18,18o/o
  - fallecidos 9 pac. 81,81o/o
- Total:
  - 40/50 . . vivos 23 pac. 57,50o/o
  - fallecidos 17 pac. 42,50o/o

## DISCUSION:

El carcinoma renal es un tumor relativamente raro, con una frecuencia del 3o/o de los procesos malignos del adulto, aunque constituyen el 83o/o de los tumores malignos del riñón.

La revisión de nuestros resultados y su comparación con los aparecidos en la bibliografía nos permiten realizar las siguientes consideraciones:

- **Edad:** aunque puede ocurrir en grupos etáreos más jóvenes, al igual que los datos considerados en la bibliografía, la mayor frecuencia se observó en las 5ta. y 6ta. décadas de la vida (66,56o/o).
- **Sexo:** en nuestra serie existe un leve aumento en la frecuencia del sexo femenino, ya que la relación hombre-mujer es del 1,5/1 comparada con la frecuencia de otras series donde la relación fue de 2/1.
- **Clínica:**
  - **Tiempo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico:** si tenemos en cuenta que el 25 al 50o/o de los pacientes tienen metástasis en el momento del diagnóstico, y el 50o/o de los enfermos con enfermedad localizada inicialmente podrían desarrollar metástasis, magnifican aún más la

importancia del diagnóstico precoz en relación con la sobrevida de los mismos.

Destacamos que el hallazgo incidental del carcinoma renal fue el factor pronóstico más importante en relación con la sobrevida de los enfermos. En este trabajo el 49o/o de los pacientes fueron diagnosticados antes de los 3 meses. El hallazgo incidental es del 7,1o/o.

- **Síntomas, signos y síndromes:** la frecuencia de los mismos no difiere significativamente con la bibliografía. Observamos que la triada (hematuria, tumor, dolor) clásica, se presentó en el 16,06o/o.

Destacamos 2 enfermos con síntomas o síndromes de presentación poco frecuentes: Hemoptisis por metástasis en la llingula e insuficiencia renal crónica en un enfermo con tumor renal bilateral.

**Hipertensión arterial** en el 18o/o de los enfermos. Directamente relacionada con la patología, ya sea por oclusión segmentaria de la arteria o por elaboración de renina o sustancias similares.

**Varicocele agudo izquierdo** en 1 paciente con trombosis de la vena renal.

- **Laboratorio:** la observación de los resultados nos muestra que el hepatograma fue normal en nuestra serie. El promedio de la alteración en la bibliografía es de alrededor del 20o/o en ausencia de metástasis hepáticas. Es este el síndrome paraneoplásico más común asociado al carcinoma renal y un signo de mal pronóstico, ya que pocos pacientes sobreviven los 5 años.

La eritrosedimentación elevada se asoció a pacientes con estadio avanzado de la enfermedad.

- **Diagnóstico por imágenes:** el análisis retrospectivo de los estudios efectuados evidencian:

- La gran utilidad y precisión diagnóstica del UIV con nefrotomograma.
- El aporte de la ecografía como complemento del UIV en las lesiones quísticas e hipovasculares, en la estadificación abdominal y en lo que es más importante en el diagnóstico del carcinoma renal.
- La arteriografía renal sigue ocupando un lugar importante en el diagnóstico del carcinoma renal en cuanto a la precisión diagnóstica, 94o/o en nuestra serie, observando que en los casos en donde no realizó diagnóstico éstos correspondían a un tumor hipovascular y a un paciente portador de un tumor de células

transicionales que invadía el parénquima renal.

- La TAC permite diagnosticar con alta sensibilidad y especificidad la etiología de los tumores renales, la extensión local y regional de la neoformación, obviando en la mayoría de los casos la realización de procedimientos que aumentan la morbilidad, el costo de la estadificación y en muchos casos demorando el tratamiento.

- Destacamos que los procedimientos mencionados se realizaron conjuntamente en 4 pacientes.

- **Tratamiento:** la cirugía sigue siendo el único método efectivo para el tratamiento del carcinoma renal. Nosotros preferentemente utilizamos la vía abdominal transperitoneal con linfadenectomía regional. El índice de complicaciones intra y postoperatorias fue del 12o/o.

- **Estadificación:** utilizamos la clasificación de Flock y Kadesky modificada por Robson. El 50o/o de los pacientes tenían enfermedad localizada (Estadíos I y II).

- **Sobrevida:** la relación del estadio con la sobrevida de los enfermos teniendo en cuenta las posibilidades terapéuticas actuales resaltan la importancia del diagnóstico precoz.

En nuestra serie la sobrevida global a los 2 años fue del 57,50o/o.

En el estadio I la sobrevida del 81,91o/o contrasta con el 18,81o/o del estadio IV.



**SUMMARY:**

Between 1984 and 1989, 50 renal carcinoma patients were evaluated.

Hematuria, lumbar pain and a palpable mass were the most common clinical findings. High redcell sedimentation rate was the important laboratory finding. Diagnostic imaging is analyzed. When local disease (Stage I - II) Was diagnosed, 2 year survival was of 57,5%.

**BIBLIOGRAFIA:**

1. *Jean B. de Kernion: Localized primary renal cell carcinoma. Current Urologic Therapy* pág. 86. 1986.
2. *J. Edson Pontes: Metastatic Renal cell carcinoma. Current Urologis Therapy, pág. 92, 1986.*
3. *Robert B. Smith: Bilateral renal cell carcinoma and renal cell carcinoma in the solitary kidney. Current Urologic Therapy, pag. 94, 1986*
4. *Fray F. Marshall: Emoblization of the Kidney. Current Urologic Therapy, pag. 96, 1986*
5. *Charles J. Robson: Nefrectomía radical. Cirugía Urológica, James F. Glenn: pag. 97, 1986*
6. *Jackson E. Fowler, Jr.: Nefrectomy in Metastatic renal cell carcinoma. The Urologic Clinics of N. America: Vol. 14, Nro. 4, Noviembre 1987*
7. *Robert C. Flanigan: The failure of infarction and/or Nefrectomy in Stage IV renal cell carcinoma to influence survival or metastatic regression. Urologic Clinics of N. America - Vol. 14, Nro. 4, Noviembre 1987*
8. *Shem K. Blackley, Leopoldo Ladaga and col.: Ex situ study of the effectiveness of enucleation in patients with renal cell carcinoma. J. Urol., 140: 6 - 10, 1988*
9. *Eliahu Mukamel and col.: Incidental small renal tumors accompanying clinically overt renal cell carcinoma. J. Urol., 140: 22 - 24, 1988*
10. *Horst Zincke and Sabri E. Sen: Experience with extracorporeal surgery and autotransplantation for renal cell and transicional cell cancer of the kidney. J. Urol., 130: 25 - 27, 1988*
11. *Ian M., Thompson and Michael Peek: Improvement in survival of patients with renal cell carcinoma. The role of the serendipitously detected tumor. J. Urol., 140: 487 - 490, 1988*