

Carcinoma Renal tratado con Nefrectomía Radical

Serie de casos en 7 años en el Hospital José Carrasco Arteaga

Pablo Benenaula B.¹, Inés Herrera¹, Marco Rivera U.², Patricio Merchán M², Diego Almeida²

Servicio de Urología, Hospital José Carrasco Arteaga, IEISS, Cuenca, Ecuador

Resumen

Objetivo. Caracterizar una serie de casos de adenocarcinoma renal tratados con nefrectomía radical en los últimos siete años en un hospital de especialidades.

Material y métodos. Se revisó las historias clínicas de pacientes con nefrectomía radical desde enero de 2005 a diciembre de 2011 en el Servicio de Urología del Hospital José Carrasco.

Resultados. Se recopiló información de 16 casos (2 a 3 por año) de nefrectomía radical en 12 (75%) varones y 4 (25%) mujeres edad promedio de 66 años (52 – 82). Promedio de tamaño tumoral promedio 39 x 56 mm (15 x 18 – 48 x 118). Histología: 94% (n = 15) adenocarcinoma renal de células renales y 6% (n = 1) células transicionales. De los 15 casos con adenocarcinoma renal de células renales, 88% (n = 14) correspondió a células claras, 6% (n = 1) no específico del tipo de células de transición y 6% (n = 1) carcinoma de urotelio de bajo grado.

Discusión. Las características demográficas de nuestra serie al igual que el patrón histológico tienen similitud con los reportes de la literatura. El seguimiento de la casuística anual en nuestros usuarios nos permitirá evaluar el comportamiento de la patología en la comunidad.

Descriptores DeCS: adenocarcinoma renal, nefrectomía radical, histopatología renal.

Renal cell carcinoma treated with radical nephrectomy Casuistry in 7 years in José Carrasco Arteaga Hospital

Summary

Objective. Describe the characteristics of a series of cases of renal cell carcinoma treated with radical nephrectomy in the past seven years in a specialty hospital.

Material and methods. An analysis of medical records of patients undergoing radical nephrectomy from January 2005 to December 2011 at the Urology Department of Hospital José Carrasco.

Results. Information was collected from 16 cases (2 to 3 cases per year) performed a radical nephrectomy 12 (75%) males and 4 (25%) women with an average age of 66 years (52 - 82). Average tumor size of 39 x 56 mm (15 x 18 mm - 48 x 118 mm). Histological type: 94% (n = 15) renal cell renal cell carcinoma and 6% (n = 1) transitional cell. Of the 15 patients with renal cell renal adenocarcinoma, 88% (n = 14) corresponded to clear cell, 6% (n = 1) did not specify the type of transitional cell and 6% (n = 1) carcinoma low-grade urothelial.

Discussion. The demographic characteristics of our series as well as the histological pattern are similar to literature reports. Monitoring the annual casuistry our users allow us to evaluate the behavior of the disease in the community.

Keywords: renal cell carcinoma, radical nephrectomy, renal histopathology.

¹ Médico Residente Asistencial, Hospital José Carrasco Arteaga, IEISS, Cuenca, Ecuador.

² Cirujano Urólogo, Hospital José Carrasco Arteaga, IEISS, Cuenca, Ecuador.

Recibido: febrero 9 de 2012
Aceptado: febrero 14 de 2012

Correspondencia:
Md. Pablo Benenaula
Hospital José Carrasco Arteaga
Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino
Teléfono 593 7 2861500
Cuenca, Ecuador

Rev Med HJCA 2012;4(1):73-76

Introducción

El carcinoma renal (CR) forma parte de alrededor del 3% de todas las neoplasias malignas. Es más frecuente su presentación en el sexo masculino, con una relación 3:2 y constituye una de las neoplasias urogenitales con mayor mortalidad, con un 40 % de decesos (1).

El CR de células claras, o adenocarcinoma renal deriva de las células de los túbulos colectores principalmente del proximal, es el más frecuente y corresponde al 80% de los cánceres renales. Su incidencia es de aproximadamente 5/100.000 personas y constituye 1 al 3% de todas las muertes relacionadas con cáncer (2,3).

No existe una causa exacta para su desarrollo, pero se lo ha asociado a varios factores que incrementan el riesgo de padecerlo, entre estos tenemos: la insuficiencia renal tratada con diálisis, antecedentes familiares, hipertensión arterial, riñón en herradura, poliquistosis renal, enfermedad de von Hippel-Lindau, obesidad, consumo de fenacetina, exposición a tricloroetileno, ciertos pesticidas y el tabaquismo (4).

El diagnóstico de más del 50% de los CR se lo hace en forma casual (5). La determinación precisa de los factores pronósticos es un paso esencial en la evaluación inicial de los pacientes con adenocarcinoma renal, no solamente para iniciar un tratamiento adyuvante, sino también para predecir la evolución de la enfermedad. Como en la mayoría de los cánceres, la estadificación es uno de los principales factores pronósticos hallados en la literatura (1,6-8).

La revisión de esta serie de casos de los últimos siete años además de describir sus características y su patrón histológico tiene la finalidad de estimar, a partir de esta información, el comportamiento de la patología en nuestros usuarios, partiendo del hecho de su aumento de incidencia reportada por la literatura internacional.

Material y métodos

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes a quienes se realizó nefrectomía radical por adenocarcinoma en el período enero de 2005 a diciembre de 2011 en el servicio de Urología del Hospital José Carrasco,

	<i>X ± DE</i>	<i>n (%)</i>
Edad		
Promedio (años)	66,2 ± 10,8	
51 a 60 años		6 (37,5)
61 a 70 años		4 (25,0)
71 a 80 años		4 (25,0)
81 a 90 años		2 (12,5)
Clasificación TNM		
T1		11 (68,7)
T2		3 (18,7)
T3		2 (12,5)
Tamaño de tumor		
2 cm		2 (12,5)
3 cm		1 (6,25)
4 cm		6 (37,5)
5 cm		1 (6,25)
6 cm		1 (6,25)
7 cm		2 (12,5)
8 cm		2 (12,5)
11 cm		1 (6,25)
Moda (min – max) (min)	4 (2 – 11)	
Manifestaciones clínicas		
Dolor lumbar		6 (37,5)
Hematuria		5 (31,3)

del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Cuenca.

Se analizaron las variables: edad, sexo, tamaño tumoral, hematuria y antecedentes de tabaquismo.

Resultados

Se recolectaron 16 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma renal intervenidos mediante nefrectomía radical.

Sexo. 12 (75%) varones y 4 (25%) mujeres, con una razón de 3:1.

Edad. Con un promedio de 66,2 ± 10,8 años, entre 52 y 82 años).

Tamaño tumoral. Promedio 39 x 56 mm entre un mínimo de 15 x 18 mm y un máximo de 48 x 118 mm.

Tipo histológico. El 94% (n = 15) fue adenocarcinoma de células renales y el 6% (n = 1) de células transicionales.

De los 15 pacientes con adenocarcinoma renal del tipo de células renales, 14 (88%) correspondió a células claras, 1 (6%) no especifico, del tipo de células de transición y 1 (6%), carcinoma de urotelio de bajo grado (fig 1).

Dolor. El 37.5% tuvo dolor lumbar.

Hematuria. Tuvo el 31.3% (n = 5).

Masa palpable. No hubo masa palpable al examen físico.

Tabaquismo. El 62.5% (n = 10) fumó tabaco en alguna etapa de su vida.

En dos pacientes se detectó metástasis pulmonares a 2 y 3 años posteriores a la nefrectomía radical. Los demás pacientes siguen en vigilancia.

Discusión

El carcinoma renal generalmente es asintomático, especialmente los más pequeños que presentan un estadio inferior, permanecen así en su evolución clínica natural generalmente no palpables, hasta una etapa tardía. La tríada clásica de presentación clínica: dolor lumbar, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable se presenta raramente en la actualidad del 6 a 10%) (4). En nuestra serie ninguno de los pacientes tuvo masa palpable, el dolor lumbar se manifestó en el 37,5% de los pacientes así como hematuria en 31,3% que es notablemente mayor que las cifras descritas



Fig. 1
Carcinoma urotelial en pelvis renal

en la literatura; frente a la presencia de estos síntomas es aconsejable practicar exploraciones radiológicas complementarias.

El uso de la ultrasonografía como examen de rutina ha aumentado el número de diagnósticos incidentales y con ello se mejoran las posibilidades de sobrevivencia teniendo un estadio clínico temprano (5).

Una estadificación adecuada es un punto de singular importancia tanto para determinar conductas terapéuticas como para predecir la evolución de la enfermedad, sabiendo que el tratamiento de los tumores renales es eminentemente quirúrgico, siendo así el único tratamiento eficaz frente al carcinoma clásico renal, siempre que se reseque todo el tumor con un margen suficiente en la nefrectomía radical (1).

El 60% de los casos se diagnostican en estadios localizados, que no va muy lejos de nuestra realidad, en la que

presentamos un 68% de los pacientes diagnosticados en nuestro centro en un estadio $T_1N_0M_0$, sin embargo a pesar de resección completa, el 40% subsecuentemente probablemente desarrollen metástasis y muerte por motivos relacionados con éstas (9).

Algunos autores señalan que en pacientes diagnosticados a menor edad se han encontrado afección linfática y presencia de metástasis, suponiendo un comportamiento biológico más agresivo en pacientes jóvenes (10).

Es bien sabido que los tumores en general, cuanto más tempranamente se detectan, tanto mejor es su pronóstico (11).

Múltiples factores como edad del paciente, ubicación de la lesión y marcadores inmonohistoquímicos como la IL₆, la survivina, CD₁₀, Ca₉, el P₅₀4_s, entre otros se han propuesto como indicadores de pobre supervivencia cáncer específica, pero tanto, el volumen tumoral

y el grado de anaplasia nuclear es lo que mayor evidencia tiene sobre el comportamiento a largo plazo del cáncer renal (15-18).

Pero los factores pronósticos más conocidos en nuestro medio son marcados por el cuadro clínico manifestado por el paciente, por la clasificación TNM, el grado celular según Fuhrman y el tipo histológico (12-14).

Fuhrman en 1982, describió en 103 pacientes en donde destaca la importancia de la apariencia del núcleo y el valor pronóstico que tiene este sobre la supervivencia del paciente (13), sin embargo al momento este marcador para el pronóstico de supervivencia, no se encuentran a nuestro alcance, por lo que únicamente la valoración la realizamos mediante la estadificación TNM y el seguimiento posterior a la nefrectomía radical. Predecir cuáles de los pacientes van a progresar es notablemente difícil y recae exclusivamente en el cuidadoso análisis patológico y estadio clínico (19,20).

El pulmón, los ganglios linfáticos, el hígado, el hueso y el cerebro son los sitios más frecuentes de metástasis, es así que en dos pacientes de nuestra serie observamos metástasis pulmonares que comprometen el estado general de salud del paciente. Dada su complejidad y variedad morfológica e histológica el cáncer renal es un reto para el patólogo y contamos con muy pocos marcadores clínicos e inmonohistoquímicos para entender la agresividad y su comportamiento a largo plazo (21).

Referencias bibliográficas

1. Campbell S, Novick A, Bukowski R. Renal Tumors. En Wein A, Ka-voussi L, Novick A, Partin A, Peters C. Campbell-Walsh Urology, 9a. Ed. Vol. 2 Ed. Saunders; 2007: 1567-1637.
2. Lopez-Beltran A, Scarpelli M, Montironi R, Kirkali Z. WHO Classification of the Renal Tumors of the Adults. European Urology 2004 (49) (Issue 5): 798- 805.
3. Ljungberg B, Hanbury DC, Kuczyk MA et ál. Renal cell carcinoma guideline. Eur Urol 2007; 51: 1502- 10.
4. Anglada Fj, Campos P, Prieto R. Y Cols : Nuevos Patrones Epidemiológicos y Factores de Riesgo en Cáncer Renal : Actas Urológicas Españolas 2009;33(5):459-467
5. B. Ljungberg, N. Cowan, D.C. Hanbury, M. Hora, M.A. Kuczyk, A.S. Merseburger, P.F.A. Mulders, J.-J. Patard, I.C. Sinescu. Guías Clínicas en el Carcinoma Renal Eur Urol 2007 Jun; 51(6):1502-10

6. Méjean A, Oudard S, Thiounn N: Prognostic factors of renal cell carcinoma. *J Urol* 169: 821-827, 2003.
7. Ficarra V, Novara G, Galfano A, Novella G, Schiavone D, Artibani W: Application of TNM 2002 version, in localized renal cell carcinoma: is it able to predict different cancer-specific survival probability? *Urology* 63: 1050-1054, 2004.
8. Kirkali Z, Lekili M: Renal cell carcinoma: new prognostic factors? *Curr Opin Urol* 13: 433-438, 2003.
9. Nguyen MM, Stein RJ, Hafron JM et ál. The metastatic potential of small renal cancers is higher than previously believed. *J Urol* 2007; 177: 167.
10. Sanchez R, Rosser C, Madsen L, et al. Young age is an independent prognostic factor for survival of sporadic renal cell carcinoma. *J Urol* 2004; 171(6 Pt 1):2160-5.
11. Atkins MB. Clinical manifestations; evaluation; and prognosis of renal cell carcinoma-II [CD ROM]: Up to Date; 2005.
12. Guinan P, Sobin LH, Algaba F, Badelino F, Kameyama S, MacLennan G, Novic A: TNM staging of renal cell carcinoma: Workgroup N° 3. Union Internationale Contre le Cancer (UICC) and the American Joint Committee on Cancer (AJCC). *Cancer*, 80: 992-993, 1997.
13. Fuhrman SA, Lasky LC, Limas C. Prognostic significance of morphologic parameters in renal cell carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1982; 6: 655-663.
14. Mostofi FK, Davis CJ, Sobin LH y col.: International Histological Classification of Tumours. Histological Typing of Kidney Tumours, 2nd ed. Tokyo: Springer-Verlag, 1998.
15. Paule B, Belot J et ál. The importance of IL-6 protein expression in primary human renal cell carcinoma: an immunohistochemical study. *J Clin Pathol* 2000; 53: 388-390.
16. Lin et ál. Immunohistochemical Detection of P504S in Primary and Metastatic Renal Cell Carcinomas. *Appl Immunohistochem Mol Morphol* 2004 June; 12 (2).
17. Hafez KS, Novick AC, Butler BP. Management of small solitary unilateral renal cell carcinomas: impact of central versus peripheral tumor location. *The Journal of Urology* 1998; 159: 1156.
18. Parker AS, Leroy TJ et ál. Loss of expression of the vitamin d receptor in Clear cell renal cell carcinoma. *Journal of Urology* 2009; 181 (Suppl 4).
19. Griffiths DF, Nind N, O'Brien CJ et ál. Evaluation of a protocol for examining nephrectomy specimens with renal cell carcinoma. *Clin Pathol* 2003; 56: 374- 377.
20. Artacho-Pérula E, Roldán-Villalobos R, Martínez- Cuevas JF. Value of volume weighted mean nuclear volume in grading and prognosis of renal cell carcinoma. *J Clin Pathol* 1994; 47: 324-328.
21. Lin et ál. Immunohistochemical Detection of P504S in Primary and Metastatic Renal Cell Carcinomas. *Appl Immunohistochem Mol Morphol* 2004 June; 12 (2).