

11209

93
26j



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"
SECRETARIA DE SALUD, MORELIA, MICH.

"CANCER RENAL"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA
Dr. Ramón Santillán Galván

ASESOR DE TESIS: Dr. V. René Andrade Chávez

MEXICO, D.F.

1996



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

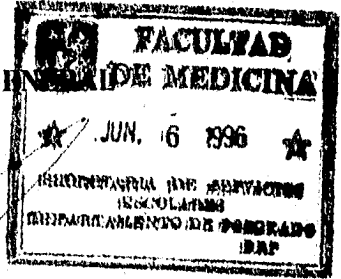
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CÁNCER RENAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEDICINA

"DR. MIGUEL SILVA"

1991-1995

TUTOR:



Dr. VÍCTOR RENE ANDRADE CHAVEZ

Jefe del Servicio de Urología

Dr. JUAN IGNACIO CÁRDENAS

Director



SERVICIOS COORDINADOS
- DE SALUD PÚBLICA -
MICHÓACAN
SECRETARÍA DE ENSEÑANZA
Hospital Gen. "Dr. Miguel Silva"
MORELIA, MICH.

Dr. LUIS MIGUEL REBOLLO IZQUIERDO

Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. JUAN VICENTE RANGEL ALVAREZ

Profesor Titular del Curso de Cirugía General

DEDICATORIAS

A mis padres Sr. Vicente Santillán Gaona y

Sra. Margarita Galván Rocha, quienes me han guiado por el camino de

la superación

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más profundo agradecimiento al Dr. Víctor Rene Andrade Chávez, por sus invaluable enseñanzas, asesoramiento y amistad que me ha brindado incondicionalmente y que han formado parte esencial de mi formación académica.

Con respeto y admiración expreso mi agradecimiento al Dr. Alejandro Molina García Epidemiólogo por su acertado asesoramiento e invaluable amistad que me brindó en todo momento y que hicieron posible la realización de este trabajo.

Al Dr. Jesús Villagrán Uribe por su valiosa colaboración para la revisión de los archivos clínicos del Servicio de Patología.

Al Dr. Ramón Camacho por su participación y ayuda incondicionales en la revisión de los expedientes clínicos.

A los Doctores del Servicio de Cirugía por sus enseñanzas y amistad invaluable brindadas durante mi estancia en la residencia.

A mis compañeros residentes y amigos por estos años de convivencia.

A todos y cada uno de los integrantes del Hospital General "Dr. Miguel Silva" por su valiosa colaboración para la mejor realización de mis funciones como residente.

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
Resumen	I
Introducción	1
Objetivo	4
Materiales y Métodos	5
Resultados	6
I. Clasificación por Estadios	15
II. Tratamiento de los Tumores Renales	23
III. Tratamiento no Quirúrgico	26
IV. Sobrevida	29
Cuadro No. 1	9
Cuadro No. 2	11
Cuadro No. 3	18
Cuadro No. 4	22
Cuadro No. 5	25
Cuadro No. 6	28
Cuadro No. 7	31
Figura No. 1	7
Figura No. 2	13
Figura No. 3	17
Figura No. 4	19
Figura No. 5	21

Discusión 32

Referencias 38

RESUMEN

El cáncer renal es una neoplasia poco frecuente. Su sintomatología es insidiosa o nula en sus estadios iniciales, lo que representa un problema para realizar un diagnóstico en etapa temprana, y por consiguiente aumentar la sobrevida en los pacientes afectados por esa neoplasia.

En este estudio, se efectúa una revisión de los factores que intervienen en el cáncer renal y se dá a conocer el rol que juega cada uno de estos factores en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" en Morelia, Michoacán.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer renal es una de las neoplasias menos frecuentes, ya que solo ocupa el 2% de los cánceres que pueden afectar al ser humano y el tercer lugar dentro de los cánceres urológicos, el porcentaje no está bien establecido por ser pequeño, pero su incidencia está por debajo de los tumores de la próstata y vejiga que son los más frecuentes (1).

El adenocarcinoma de células renales, es la neoplasia que afecta más frecuentemente al riñón, sin embargo, hay que mencionar también los cánceres que se originan de las cavidades renales. Existe evidencia de que el cáncer renal, tanto en el género animal como en el humano, sigue los principios de la carcinogénesis (2). Donde se considere que las radiaciones ionizantes son capaces de producir cáncer; así como el tabaco y sus productos, además algunas sustancias han sido asociadas estadísticamente con un aumento en la incidencia de cáncer (3,14,15,16).

El cáncer renal, como la mayoría de los cánceres, suelen diagnosticarse en estadios más avanzados y esto es debido, a que los datos clínicos en un inicio, son inespecíficos o asintomáticos y suelen confundirse con otros

problemas de otros órganos como sucede en los síndromes paraneoplásicos, es por esto, que aproximadamente en el 60% de los casos, se encuentra enfermedad metastásica al momento de efectuar el diagnóstico (4). En cuanto al sexo, esta patología predomina en el hombre con una relación de 3:1 y su incidencia máxima se presenta en la quinta y sexta décadas de la vida (5).

El principal y único tratamiento con fines curativos es la cirugía cuando el estadio de la enfermedad y las condiciones del paciente lo permiten, sin embargo, también se cuenta con la radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia y terapia hormonal, pero estas no son de gran ayuda, o bien, algunas se encuentran aún en fase de experimentación (6,27,28).

En México, los tumores renales ocupan el 1,7% de las neoplasias malignas en la población general (7). En los Estados Unidos de Norte América, constituyen entre el 2-3 % de los casos de neoplasias viscerales reportados actualmente (8). El carcinoma renal, es más frecuente en Escandinavia y Norte América y menor en Asia y África.

Aunque la mayoría de los casos ocurren en personas de 50 a 70 años, puede observarse cada vez con más frecuencia en gente joven con un

comportamiento más agresivo. Como sabemos, también el tumor de Wilms se presenta en la infancia.

OBJETIVOS.

Analizar mediante un estudio retrospectivo, la frecuencia del cáncer renal en nuestro Hospital General, así como los diferentes datos clínicos que acompañan a esta neoplasia, los diversos tratamientos que se llevan a cabo y su influencia sobre la sobrevivencia de los pacientes afectados por este tumor.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las neoplasias renales en un periodo comprendido de enero de 1991 a diciembre de 1995, en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia, Michoacán.

Conocer su comportamiento de acuerdo a la edad, sexo, manifestaciones clínicas y diagnóstico, además de las alternativas terapéuticas de problemas que afectan al paciente y cuáles tratamientos se efectuaron, así como valorar los resultados de protocolos de tratamiento y su sobrevida del grupo de pacientes en el periodo de estudio.

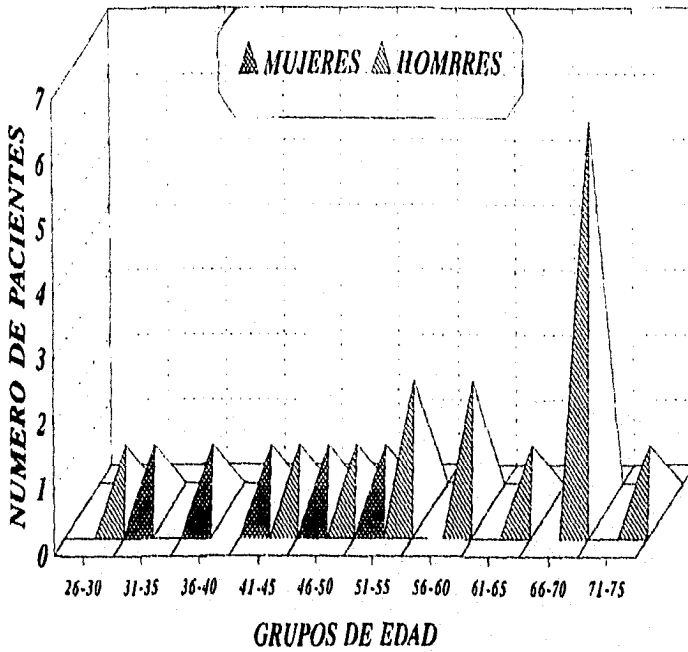
RESULTADOS.

El motivo de este estudio lo conforman 20 pacientes con diagnóstico de cáncer renal confirmado histopatológicamente, sin embargo, sólo fué posible valorar 12 pacientes de acuerdo con los objetivos del protocolo, no obstante, todos los pacientes fueron valorados en conjunto para fines estadísticos.

Como se puede observar en la **figura No. 1**, quince pacientes son hombres, lo que corresponde al 75 % y cinco mujeres, que constituyen el 25 % restante, lo cual se asemeja a lo reportado en la literatura. Además, el grupo de edad más afectado es la quinta y sexta décadas de la vida.

En cuanto a los antecedentes previos de neoplasia, solo un paciente lo presentaba y éste era una mujer de 52 años, la cual 3 años antes presentó un cáncer papilar de tiroides y el diagnóstico histopatológico fue de cáncer papilar de células transicionales en el riñón izquierdo.

FIGURA No.1
CANCER RENAL
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO



FUENTE: ARCHIVOS DEL DEPTO. DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

En el cuadro No. 1, se presentan las características clínicas más frecuentes del estudio, donde solo se consideraron a 12 pacientes y de estos cabe señalar, que solo uno presento la triada clásica de dolor, hematuria y masa en flanco. Esto significa que el tumor esta en un estadio avanzado de la enfermedad. El dolor fue el síntoma más frecuente y se presentó en 10 pacientes, lo que representa un 83%; otro de los síntomas predominantes fue la hematuria macroscópica en 8 pacientes con el 66%. La tumoración en flanco así como el vómito solo en 3 pacientes, lo que representa un 25% y con menor frecuencia la disminución del peso y nausea, con presentación en solo 2 pacientes y la fiebre así como la triada clásica, en solo un paciente lo cual representa del 16 y 8%, respectivamente. En nuestro grupo de pacientes ninguno presento síndromes paraneoplásicos.

RESULTADOS

CUADRO No.1

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL CANCER RENAL

SINTOMATOLOGIA	NO. DE PACIENTES n =12	(%)
<i>Dolor</i>	10	(83)
<i>Hematuria</i>	8	(66)
<i>Masa en Flanco</i>	3	(25)
<i>Vómito</i>	3	(25)
<i>Disminución de Peso</i>	2	(16)
<i>Nausea</i>	2	(16)
<i>Fiebre</i>	1	(8)
<i>Triada Clásica</i>	1	(8)

FUENTE: Expedientes clínicos del Servicio de Urología del Hospital General "Dr. Miguel Silva".

La sospecha diagnóstica de los tumores renales se inicia con el cuadro clínico, aquí, cabe señalar que el tiempo transcurrido del inicio de los síntomas y signos al contacto con el medio hospitalario, varió desde un día hasta 84 meses, como lo podemos observar en el cuadro No.2.

RESULTADOS

CUADRO No. 2

INTERVALO DE TIEMPO ENTRE EL INICIO DE LA
SINTOMATOLOGIA Y EL CONTACTO CON EL MEDICO

NUMERO DE PACIENTES n = 12	TIEMPO
2	¿?
1	1 Día
2	2 Meses
1	9 Meses
1	1 Año
2	1.5 Año
1	2 Años
1	7 Años

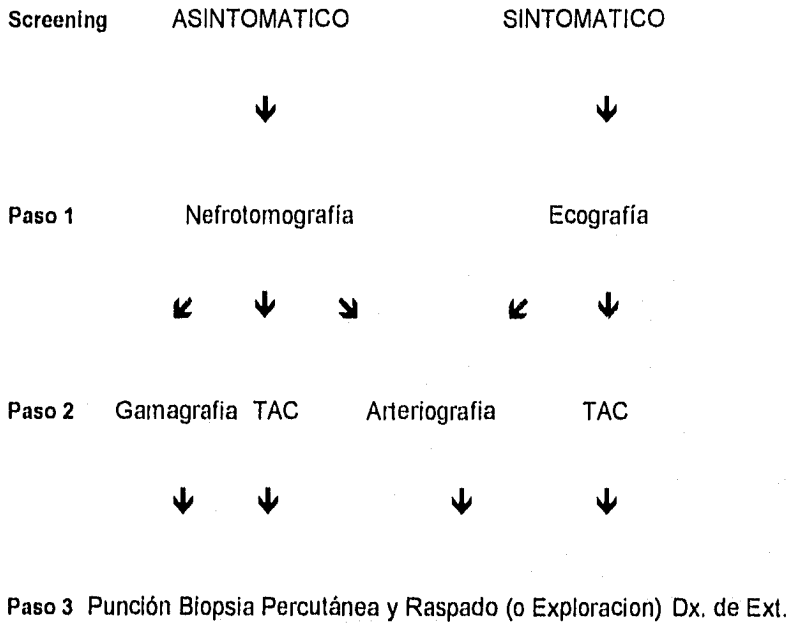
FUENTE.- Expedientes Clínicos del Servicio de Urología del Hospital General
"Dr. Miguel Silva".

Dentro de los estudios paraclínicos, los de laboratorio nos reportaron a 2 pacientes con anemia leve en la biometría hemática; la química sanguínea (urea, creatinina y glucosa) no tuvo valor diagnóstico, y el examen general de la orina reportó hematuria en 6 casos. Las pruebas de función hepática: calcio sérico y DHL, se encontraron normales dentro del grupo de pacientes estudiados.

Como podemos ver, la biometría resultó ser de ayuda en el diagnóstico en el 16.6 % de los pacientes y el examen general de orina en el 40 %, lo cual es de valor diagnóstico en problemas urológicos; además nos permite conocer el estado general del paciente desde un punto de vista laboratorio y podría mejorar sus condiciones de ser necesario.

Respecto a los estudios de gabinete para el estudio de estas neoplasias, podemos decir que para el paciente asintomático, la realización de 2 estudios en forma sistemática como lo reporta la literatura, es suficiente para corroborar el diagnóstico y no realizar estudios innecesarios (9). Tanto estos estudios como la forma de sistematización los podemos observar en la **figura No2.**

FIGURA NO.2
DIAGNOSTICO DE TUMORES RENALES



FUENTE.- Tomado de Lang, E.K.: *Diagnosis of renal and parenchymal tumors: Genitourinary cancer.* Filadelfia, W.B. Saunders, 1978.

En la presente revisión, podemos observar que el estudio más realizado fué el ultrasonido, el cual se llevó a cabo en 11 pacientes, de los cuales 10 estuvieron sintomáticos y en 1 se encontró como hallazgo incidental, el tumor renal durante una urografía excretora por prostatismo; debemos señalar que la placa simple de abdomen no nos proporcionó datos de apoyo diagnóstico, sin embargo, la urografía excretora nos dió datos que apoyaban el diagnóstico de cáncer renal, a pesar de ello, el o los estudios que debemos tomar como segunda optativa, sobretodo para llegar a una estadificación preoperatoria; son la tomografía axial computada, la cual se realizó en cuatro pacientes. En cuanto a la arteriografía renal selectiva, no se realizó en ninguno de nuestros pacientes, asimismo, tampoco se realizaron estudios de gamagrafía.

Podemos concluir que el mejor estudio para ayuda diagnóstica, es sin lugar a dudas el ultrasonido, por ser no invasivo, de bajo costo y buena resolución (10). No obstante, no proporciona la información necesaria para estadificar preoperatoriamente a los pacientes con cáncer renal, por lo cual la complementación de nuestro estudio se debe realizar con tomografía axial computada, arteriografía renal selectiva o ambas.

I. CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS:

En cuanto al estadio de los tumores renales, tomaremos en cuenta a los 20 pacientes nefrectomizados de acuerdo al estirpe del tumor, así el estadio se hará conforme al diagnóstico de cáncer del parénquima o cavidad renal.

En nuestro estudio la clasificación de los tumores renales se basa en la clasificación de Robson, C.J. y cols.:

Estadio I.- corresponde a tumor confinado al parénquima renal.

Estadio II.- tumor que sale del parénquima renal pero que está limitado por la fascia de Gerota.

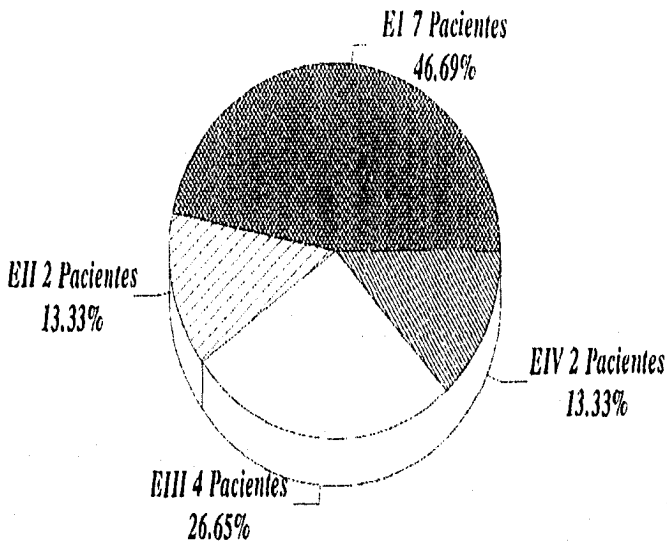
Estadio III.- tumor con invasión a vena renal, vena cava o ambas y/o ganglios periaórticos.

Estadio IV.- tumor que invade órganos vecinos (otros que las glándulas suprarrenales, o bien, que presenta metástasis a distancia.

En lo referente al adenocarcinoma renal, tenemos que a este grupo pertenecen 15 pacientes, de los cuales 7 presentaban un estadio I; 2 presentaban estadio II; 4 presentaban estadio III y 2 en estadio IV; según la

clasificación de Robson, C.J. y cols. (11). En la **figura No.3**, podemos observar el número de pacientes y el porcentaje por estadio; en el **cuadro No.3**, se define la clasificación por estadios y en la **figura No.4** se esquematizan. También existen otros tipos de clasificación como la TNM (tumor-nodulo-metastasis).

FIGURA No.3
ADENOCARCINOMA RENAL
PORCENTAJE POR ESTADIO



FUENTE.- ARCHIVOS DEL DEPTO. DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

RESULTADOS

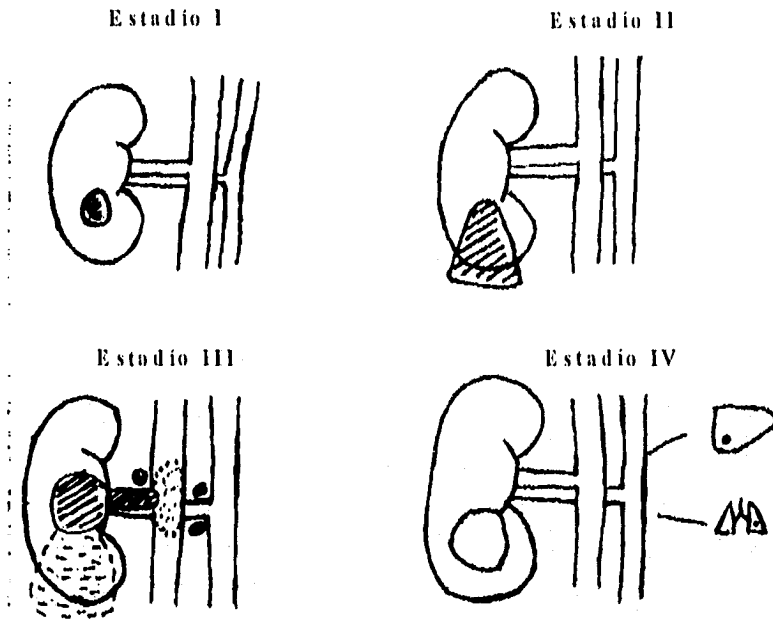
CUADRO No. 3

CLASIFICACION POR ESTADIOS DEL ADENOCARCINOMA RENAL

<i>ESTADIO 1</i>	Tumor localizado en el riñón
<i>ESTADIO 2</i>	Tumor localmente invasivo pero limitado por la fascia de Gerota.
<i>ESTADIO 3</i>	Invasión regional: A. Invasión de la vena renal, vena cava o ambas. B. Metástasis en los ganglios linfáticos regionales. C. Combinaciones de A y B.
<i>ESTADIO 4</i>	A. Invasión de órganos vecinos (otros que las glándulas suprarrenales). B. Metástasis a distancia

FUENTE.- Robson, C.J., et al :The results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma, J. Urol; 101:297-301,1969.

FIGURA No. 4
ADENOCARCINOMA RENAL
DIAGNOSTICO DE EXTENSION



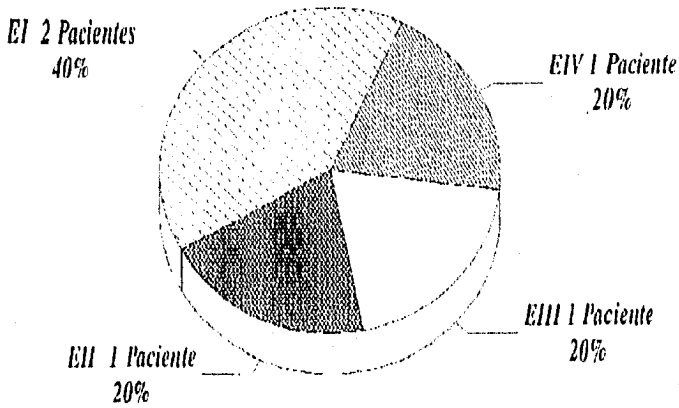
TOMADO DE SKINNER, D.G.: VERMILLION, C.D., Y CALVIN, R.B.: THE SURGICAL MANAGEMENT OF RENAL CELL CARCINOMA, J. UROL., 107:705-716, 1972

En relación con el cáncer de la pelvis, tenemos que la distribución por grados (estadios) fue la siguiente: 2 pacientes en estadio I y un paciente para cada uno de los estadios restantes.

En la **figura No.5**, vemos su distribución por estadio y porcentaje.

En el **cuadro No.4** se señalan los diferentes estadios.

FIGURA No.5
CANCER DE PELVIS RENAL
DISTRIBUCION POR ESTADIO



FUENTE: ARCHIVO DEL DEPTO. DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

RESULTADOS

CUADRO NO.4 CANCER DE PELVIS RENAL

ESTADIO I	Carcinoma papilar o plano (no papilar) sin evidencia de invasión.
ESTADIO II	Carcinoma papilar o plano con invasión superficial hasta la lámina propia.
ESTADIO III	Carcinoma papilar o plano con invasión hasta la muscularis, pudiendo atravesarla en las porciones intrarrenales de la pelvis si la neoplasia está limitada al riñón.
ESTADIO IV	Carcinoma papilar o plano que invade hasta la superficie adventicia, pudiendo afectar también a estructuras vecinas, produciendo metástasis o ambas cosas.

FUENTE.- Tomado de Bennington J.L.; Y Beckwith J.B.: *Armed Forces Institute of Pathology*. 2a. de; Fasc. 12, 1975.

II. TRATAMIENTO DE LOS TUMORES RENALES.

En nuestros 20 pacientes, se realizó como manejo inicial y con fines curativos tratamiento quirúrgico. Así pues, a 16 pacientes se les efectuó **nefrectomía radical**, más **linfadenectomía** del diafragma a bifurcación de la aorta, de los cuales 14 presentaron como diagnóstico definitivo carcinoma del parénquima renal y 2 carcinoma de pelvis renal. Por otro lado a 4 pacientes se les realizó **nefroureterectomía con resección de rodete vesical**, de ellos en un paciente se encontró como diagnóstico definitivo carcinoma del parénquima renal, sin embargo, cabe señalar que estos errores probablemente se deban a una alteración de la anatomía y por tanto dificultad para diferenciar un tumor dependiente del parénquima a otro dependiente de las cavidades, si no se cuenta con **estudio transoperatorio**.

En el **cuadro No.5**, podemos observar la distribución de los pacientes por tratamiento quirúrgico realizado, diagnóstico histopatológico definitivo y estadio del tumor postoperatorio.

RESULTADOS

CUADRO NO. 5

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CÁNCER
RENAL

ESTADIO-NÚMERO DE PACIENTES	TRATAMIENTO QUIRURGICO	EXTENSIÓN DEL TUMOR
<i>Adenocarcinoma</i>		
E I 7 pacientes	Nefrectomía radical	Limitado a riñón
E II 2 pacientes	Nefrectomía radical	A grasa perirenal
E III 4 pacientes	Nefrectomía radical (3) Nefroureterectomía (1)	A linfáticos regionales y vasos del hilio
E IV 2 pacientes	Nefrectomía radical	A hígado y pulmón
<i>Carcinoma de la Pélvis</i>		
E I 2 pacientes	Nefrectomía radical (1) Nefroureterectomía (1)	
E II 1 paciente	Nefrectomía radical	G:II
E III 1 paciente	Nefroureterectomía	G:III
E IV 1 paciente	Nefroureterectomía	Hígado

FUENTE.- Expedientes Clínicos del Servicio de Urología del Hospital General "Dr. Miguel Silva".

III. TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO:

El tratamiento médico o no quirúrgico lo componen tanto la quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia; los cuales se administran en diferentes esquemas, tanto en forma preoperatoria como postoperatoria y con varios fines, como son: tratamiento complementario después de tratamiento quirúrgico curativo, tratamiento preoperatorio para disminuir volumen tumoral, tratamiento preoperatorio para disminuir la siembra tumoral durante la manipulación quirúrgica, y por último, el tratamiento paliativo para disminuir la sintomatología (dolor) y/o aumentar la sobrevida con la mejor calidad de vida posible a pacientes en estadios avanzados de la enfermedad.

En nuestro estudio se contempló la revisión del expediente clínico de 12 pacientes. De esta manera se pudo observar que a 6 pacientes se indicó quimioterapia por carcinoma de células claras, y a dos de ellos se les dió como tratamiento complementario después de tratamiento quirúrgico curativo; a 2 con finalidad adyuvante por invasión a tejido graso o ganglios

linfáticos regionales y a 2 más, como tratamiento paliativo por enfermedad metastásica.

En lo que respecta a los pacientes con carcinoma de la pelvis renal, tenemos que a un caso, se le indicó como tratamiento adyuvante quimioterapia/radioterapia en forma postoperatoria por un carcinoma papilar de células transicionales estadio III.

De los 5 pacientes restantes, ninguno recibió algún otro tratamiento, y de estos, 3 pertenecían al grupo de cáncer del parénquima renal, que se encontraban en estadio 1 al momento del alta hospitalaria y 2 pacientes con cáncer papilar de células transicionales, que también se les tipificó en estadio inicial al momento del alta hospitalaria. En el cuadro No.6, se esquematizan los pacientes que recibieron tratamiento complementario por diagnóstico histopatológico definitivo, acorde al estadio de la enfermedad y porcentaje.

RESULTADOS

CUADRO NO.6

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO DEL CANCER RENAL

	TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO	% (n :12 =100%)
ADENOCARCINOMA		
E I 2 pacientes	Quimioterapia	16.60
E II 1 paciente	Quimioterapia	8.30
E III 1 paciente	Quimioterapia	8.30
E IV 2 pacientes	Quimioterapia	16.60
CARCINOMA DE LA PELVIS		
G III 1 paciente	Quimioterapia/Radioterapia	8.30
5 pacientes	Sin tratamiento complementario	41.60

FUENTE.- Expedientes clínicos del Servicio de Urología del Hospital General "Dr. Miguel Silva".

IV. SOBREVIDA:

En nuestro estudio no podemos hablar de supervivencia propiamente a 5 y 10 años como se menciona en la literatura (12); por diferentes razones, primero: el tiempo que comprende el estudio es corto, segundo, por la idiosincrasia de nuestra población, es difícil hacer el seguimiento, ya que al sentirse "curados" abandonan el control e incluso el tratamiento complementario, por tales motivos, nos concentraremos en señalar su estado de salud en las últimas visitas de control. De este modo, observamos que el tiempo de seguimiento varió de 8 días (al egresar del hospital) hasta 44 meses y no hablaremos de una media, por ser inapropiado a la realidad de nuestros pacientes. Así pues, tenemos que 7 pacientes con un rango de evolución de 24 días a 44 meses, se les encontró sin actividad tumoral; 2 pacientes se perdieron, uno al egresar por mejoría después de la operación y otro por canalizarse a otra institución a un mes de la cirugía, ambos sin actividad tumoral; un paciente más, se encontró a un mes de la cirugía delicado de salud por probable actividad tumoral; otro a 10 meses de la cirugía tuvo franca actividad tumoral y el

último, murió por actividad tumoral a 6 meses de la cirugía. En el cuadro **No.7** se muestra a los pacientes arriba mencionados y su estado de salud en el último contacto con el médico.

La hormonoterapia e inmunoterapia no se realizan en nuestra institución.

RESULTADOS

CUADRO NO.7
ESTADO DE SALUD DE PACIENTES CON CANCER RENAL

n =12	TIEMPO TRANSCURRIDO DESPUÉS DE LA CIRUGIA (meses)	ESTADO DE SALUD
2	0	Sin actividad tumoral
1	1	¿?
1	1	Probable actividad tumoral
1	1	Sin actividad tumoral
1	2	Sin actividad tumoral
1	4	Sin actividad tumoral
1	5	Sin actividad tumoral
1	6	Defunción por actividad tumoral
1	10	Actividad tumoral
1	18	Sin actividad tumoral
1	44	Sin actividad tumoral

FUENTE.- Expedientes Clínicos del Servicio de Urología del Hospital General
"Dr. Miguel Silva".

DISCUSION.

Como se mencionó en los antecedentes del presente estudio, el cáncer renal es poco frecuente, aunque en las revisiones recientes se habla de un incremento en la incidencia, sobre todo en la población blanca (13). A pesar de ello, en nuestra población sigue siendo poco frecuente.

Sabemos que el contacto con ciertas sustancias contenidas en el tabaco, así como algunas sustancias utilizadas en la industria, predisponen o aumentan el cáncer renal junto con otros factores tanto ambientales como genéticos (3,14,15,16).

En nuestra población estudiada no fue posible establecer los factores ambientales, pero es muy probable que estén presentes; aquí se abre la posibilidad de estudiar estos factores de riesgo del cáncer renal. Así también, podemos observar que efectivamente la incidencia respecto al sexo, predomina en los hombres con una relación de 3:1, mientras que la edad más afectada esta por arriba de los 50 años, lo que coincide con lo reportado con la literatura (18).

En lo referente al cuadro clínico, el hecho de encontrar la "triada clásica" es una pérdida de tiempo, ya que como se puede observar en este reporte, el síntoma predominante es el dolor, como también el signo más frecuente es la hematuria macroscópica, la cual suele alertar tanto al paciente como al médico; éste último con la obligación de pensar en la posibilidad de diagnóstico de cáncer renal.

En nuestro medio como en todo el país, los medios paraclínicos para ayuda diagnóstica son escasos y costosos, por lo cual no deben ser utilizados sin una intención diagnóstica bien definida. Por ello, estos y su utilización deben ser racionales y sistemáticos. Como se mostró en el presente estudio, el 85% de las masas renales pueden ser diagnosticadas mediante la combinación de dos exámenes secuenciales, y el que merece más atención es sin duda el ultrasonido, por su resolución y bajo costo, sin embargo, debemos recordar que el estudio con mayor sensibilidad y especificidad es la tomografía axial computada, la cual ha demostrado ser de ayuda para estadificar el tumor e indicar el pronóstico (10,19), así como complementarse según este indicado con arteriografía, gamagrafía, biopsia, etc.

El estadio del tumor es sinónimo de la extensión de la enfermedad, y por consiguiente de la calidad y sobrevida de los pacientes como pudimos ver, si bien la mayor cantidad de pacientes afectados por grupo en cuanto a extensión de tumor se encontraban en estadio I; la mayoría de los pacientes respecto al total se diagnostican en estadios avanzados, por lo cual es necesario educar a nuestros pacientes y a la población para lograr la detección oportuna de este tipo de padecimientos y así evitar que la enfermedad progrese, y por otro lado el médico tiene la obligación de estar preparado para atender a sus pacientes en forma acertada.

En cuanto al tratamiento, si bien es cierto que el único tratamiento con fines curativos hasta el momento es la cirugía radical, esta deba ser llevada a cabo en estadios iniciales para que realmente sirva como resolutivo, y cuando esto no sea posible, no hay que olvidar los demás tratamientos no quirúrgicos; en especial la quimioterapia y radioterapia que de alguna manera pueden ayudar a aumentar la sobrevida o mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad avanzada (17,20,21,22,27,28).

Si bien en este estudio no es posible hablar de sobrevida por ser de poco tiempo el período de estudio, también es cierto que por la idiosincrasia de nuestros pacientes estos suelen abandonar las citas de control al sentirse "curados" o "cuando ya todo está perdido". Por lo cual, muchas veces no es posible llevar a cabo un tratamiento completo, y esto habla de falta de educación médica. Es nuestra obligación hacerles ver la importancia de su control y vigilancia posterior con todos los recursos diagnósticos y terapéuticos con los que podemos contar, para tratar a los pacientes que cursen con un cáncer renal.

Actualmente, en nuestro Hospital existe una unidad oncológica con todos los recursos para diagnóstico y tratamiento de los pacientes oncológicos, pero particularmente para los pacientes de cáncer renal. Por ende, creemos que esto cambiará totalmente su estudio, tratamiento y sobrevida de éste tipo de neoplasias.

En la presente revisión, reportamos el comportamiento del cáncer renal en nuestro grupo de estudio, así como también sus características clínicas, los medios de diagnóstico paraclínico y los tratamientos que se llevan a cabo en nuestro ámbito. Además es importante destacar, que el estudio histopatológico debe señalar la invasión intraductal del tumor e invasión del parénquima renal, cuando se habla de carcinoma de células transicionales, ya que esto también afecta al pronóstico (23,24).

También debemos mencionar, que existen algunas modalidades terapéutico-quirúrgico-conservadoras, en presencia de lesiones metastásicas y metacrónicas al riñón contralateral, obviamente en presencia de riñón único (25).

En la actualidad, también se realizan tratamientos quirúrgicos de nódulos únicos o múltiples tanto en hígado como en pulmón en casos de carcinoma renal metastásico, lo cual debemos tomar en cuenta para llevarlo a cabo cuando esté indicado (26,29,30).

Por último, debemos mencionar que actualmente no existen marcadores tumorales para diagnóstico temprano, sin embargo, se trabaja

en ello como es el caso de los niveles séricos de interleucina 6, como un factor pronóstico del carcinoma de células renales metastásico (31).

REFERENCIAS.

1. **Paganini-Hill A**, Ross Rh and cols. Epidemiology of renal cancer. En Skinner DG. Ileskovsky G (eds): Diagnosis and management of genitourinary cancer, Philadelphia WB. Saunders 1988:32.
2. **Paulson, F.D., Devita, T.V.,jr y cols.** Neoplasias Genitourinarias. Cáncer Principios y Práctica de Oncología Tomo 1, 1984:680.
3. **Rosen Vj, Cole Lj**: Accelerated induction of kidney neoplasms in mice after X-radiation (690 rads) and unilateral nephrectomy. J Natl Cancer Inst 1962,28:1031.
4. **Talamini-R;** et al. Pattern and determinantes of diagnostic interval in cancers of the prostate bladder and kidney. Tumori. 1991 Aug 31; 77 (4) :350-4.
5. **de Kernnyon J.B.** Tumores renales. En welsh pc, grites RF (eds): Urología de Campbell. Editorial Panamericana. 5a de Vol. 2,1988: 1400.
6. **Robson;** et al. The results of radical nephectomy for renal cell carcinoma. J Urol; 1969,101:297-301.
7. **Registro Nacional de Cáncer SSA. México 1989.**

8. **O'toole KM.** Pathology of benign and malignant kidney tumor . Urol clinic north Am 1993, 20:193.
9. **Paulson, F.D., Devita, T.V., jr y cols.** Neoplasias Genitourinarias. Cáncer Principios y Práctica de Oncología Tomo 1, 1984: 681.
10. **Porena-M;** et al. Incidentally detected renal cell carcinoma: role of ultrasonography. JCU-J-Clin-Ultrasound. 1992 Jul-Aug; 20(6) : 395-400.
11. **Robson, C.J., Churchill, B.M. and Anderson, W.:** The results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma. J. Urol., 1969,101:297-301.
12. **Sene-AP;** et al. Renal carcinoma in patients undergoing nephrectomy: analysis of survival and prognostic factors. Br-J-Urol. 1992 Aug; 70(2): 125-34.
13. **Riche JP.** Neoplasm of the genitourinary tract: Renal cell carcinoma. En Holand J:P;Fri;III E (eds). Cancer medicine 3a. Ed Philadelphia, Lea y Febryger. Vol 2,1993, pp 1529.
14. **Bennington JL. Laubsche FA:** Epidemologic studies on carcinoma of the kidney: Association of renal adenocarcinoma with smoking Cancer 1968,21:1069.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

15. **Hensehler D.** and cols. Increased incidence of renal cell tumors in a cohort of cardboard workers exposed to trichloroethene. Arch toxicol(germany) 1995 68(5) p 291-9.
16. **Lindblad;** et al: Risk of kidney cancer among patients using analgesics and diuretics: a population-based cohort study. Int-J-Cancer. 1993 Aug 19., 55(1):5-9.
17. **Masuda-F;** et al. Adjuvant chemotherapy with vinblastine, adryamicin, and UFT for renal-cell carcinoma. Cancer-Chemother-Pharmacol. 1992; 30(6): 477-9.
18. **Denisoy-LE;** et al. Kidney cancer morbidity in a population group under continuous observation in dispensary care. Khirurgiia-Mosk. 1992 Mar (3):70-2.
19. **Dinney-CP;** et al. Analysis of imaging modalities, staging systems, and prognostic indicators for renal cell carcinoma. Urology. 1992-Feb; 39(2): 122-9.
20. **Palmer-PA;** et al. Continuous infusion of recombinant Interleukin-2 with or without autologous lymphokine activated killer cells for the

- treatment of advanced renal cell carcinoma. Eur-J-Cancer- 1992; 28A(6-7) :1038-44.
21. **Iison-DH**; et al. A phase II trial of interleukin-2 and interferon alfa-2a in patients with advanced renal cell carcinoma (corrected: erratum to be published). J-Clin-Oncol. 1992-Jul; 10(7):1124-30.
 22. **Stahl-M**; et al. A phase II study of high dose tamoxifen in progressive, metastatic renal cell carcinoma. Ann-Oncol. 1992 Feb; 3(2): 167-8.
 23. **Patrick D. Guinan** ;et al. Renal cell carcinoma: Tumor size, stage and survival. The Journal of Urology. 1995 March, Vol. 153,901-903.
 24. **Hiroyuki Fujimoto**; et al. Intraductal tumor involvement and renal parenchymal invasion of transitional cell carcinoma in the renal pelvis. The Journal of Urology. 1995 January, Vol. 153, 57-60.
 25. **Steinbach-F**; et al. Conservative surgery of renal cell tumors in 140 patients: 21 years of experience. J-Urol. 1992 Jul; 148(1): 24-9; discussion 29-30.
 26. **Pogrebniak-HW**; et al. Renal cell carcinoma resection of solitary and multiple metastases. Ann-Thorac-Surg. 1992 Jul; 54(1): 33-8.

27. **Fossa-SD**; et al. Recombinant interferon alfa-2a with or without vinblastine in metastatic renal cell carcinoma: results of a European multi-center phase III study. *Ann-Oncol.* 1992 Apr; 3(4): 301-5.
28. **Dybal-EJ**, et al. Synergy of radiation therapy and immunotherapy in murine renal cell carcinoma. *J-Urol.* 1992 Oct; 148(4) : 1331-7.
29. **Tongaonkar-HB**; et al. Solitary metastases from cell carcinoma: a review. *J-Surg-Oncol.* 1992 Jan; 49(1): 45-8.
30. **Gotoh-A**; et al. (Clinical study on surgical treatment of renal cell carcinoma with pulmonary metastases). *Hinyokika-Kiko.* 1992 Jul; 38(7): 753-7.
31. **Blay-JY**; et al. Serum level of interleukin 6 as a prognosis factor in metastatic renal cell carcinoma. *Cancer-Res.* 1992 Jun 15; 52(12): 3317-22.