

11227
7e. 56



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

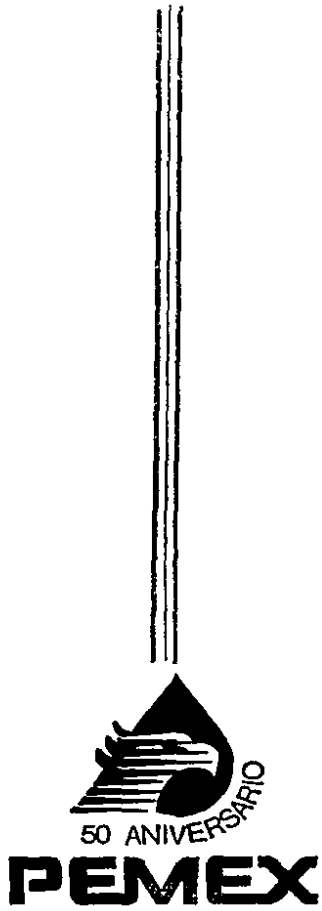
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL CENTRAL SUR DE CONCENTRACION NACIONAL
PETROLEOS MEXICANOS PICACHO

"CANCER DE RIÑON: MANEJO, SOBREVIDA Y CALIDAD DE VIDA."

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA INTERNA
P R E S E N T A :

DR. VICTOR MANUEL RODRIGUEZ VALERIO

ASESORIS: DR. ROBERTO DIAZ PALACIOS
DR. ROBERTO GONZALEZ GUZMAN



MEXICO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE .

- I .- INTRODUCCION**
- II.- GENERALIDADES**
 - a) HISTORIA**
 - b) ETIOPATOGENA Y PATOLOGIA**
- III.- OBJETIVOS**
- IV.- MATERIAL Y METODOS**
- V.- RESULTADOS**
- VI.- TABLAS Y GRAFICAS**
- VII.- CONCLUSIONES**
- VIII.- DISCUSION**
- IX.- BIBLIOGRAFIA**

FEB. 19 1989

1. INTRODUCCION ,

El carcinoma renal es un tumor relativamente raro, y es quizas el más enigmático de los tumores urológicos. Las múltiples formas de presentación, que incluyen fenómenos paraneoplásicos, puede desafiar al clínico más astuto, ya que a menudo no indican alteraciones renales. Según las estadísticas ocupa un 3% de las enfermedades malignas en los adultos (1,2).

Su comportamiento clínico tan variado y que puede presentar todo un dilema para el clínico quien debe realizar una evaluación protocolizada a través de; una historia clínica completa, examen clínico, exámenes de laboratorio que sugieran enfermedad a nivel renal, para sustentar la sospecha diagnóstica mediante estudios de gabinete como la urografía excretora, ultrasonografía, TAC y -- la angiografía de arteria renal., y que se solicitaran de acuerdo a resultados o hallazgos de los estudios.

Los pacientes pueden manifestar síntomas producidas por la enfermedad local por fenómenos paraneoplásicos, o por complicaciones generalizadas de la enfermedad. Todos estos eventos posibles hacen de esta patología su justificada denominación como "El tumor de los internistas",

Como en toda patología maligna la importancia de realizar un diagnóstico temprano brindaría la oportunidad de un tratamiento radical con supervida a 5 años considerable. La presentación de este trabajo es para motivar a todo médico clínico a interesarse en el estudio protocolizado de la valquien indicio o sospecha de CA de riñón, para un mayor beneficio de nuestra población;

También comparamos estos resultados con los obtenidos en otros centros hospitalarios y reportes de la literatura;

II. GENERALIDADES .

a) HISTORIA

La existencia del carcinoma de células renales, se remonta a los --
 inicios de la vida del hombre sobre la tierra, aunque no fue sino hasta me--
 diados de 1800 en que Grauitz los describiera como una patología maligna --
 originada de precisamente de restos intrarenales de glándulas suprarrenales --
 motivo por el que durante todo el tiempo se han concebido como "Hipernefomas"
 (2,3) aunque desde hace más de 30 años se logró establecer el origen real a --
 partir de las células del tubulo contorneado proximal; dado que reaccionaron
 con suero antirrábico humano marcado con fluoresceína. En ese entonces Notoski --
 acuñó el término de "cáncer de células renales"; aunque sin haber logrado --
 hasta la fecha retirar el término inadecuado de hipernefoma .

Los avances en la rutina diagnóstica de esta patología se ha logrado grazi--
 cias a los diversos trabajos de grupos de médicos en todo el mundo; para po--
 der manejar con mayor certeza este tumor; Asá Weyman y Garznik publicaron --
 sus experiencias con la tomografía computada en 1980 con las ventajas de ser
 un estudio de información diagnóstica y de extensión de la enfermedad, Asimis--
 mo otros investigadores como Richie y Seltzer en 1983 publicaron sus experien--
 cias diagnósticas y de estadificación por medio de la tomografía computada,
 (10,11).

Sin embargo la angiografía en manos expertas viene a ser el método diag--
 nóstico más certero, con las ventajas de poder determinar la vascularidad del
 tumor y el recurso terapéutico de embolización. (2,3,9).

b) ETIOPATOGENIA Y PATOLOGÍA.

Dentro de la etiología de la enfermedad se han mencionado una larga lista --
 de teorías sin embargo son pocas de las relacionadas a estas neoplasias, los
 estudios epidemiológicos han relacionado el tabaquismo como agente etiologi--

co. La dimiltrosamíne componente del tabaco se ha sugerido como el agente carcinógeno (4). El diethylstilbestrol es causa de carcinoma de células renales en Hamsters *Syrios* adultos, sin embargo esta hormona no ha demostrado asociación con un aumento en el riesgo de cáncer en humanos. También las carcinógenesis de tipo ocupacional han sido relacionadas al CA de células renales sin embargo su relación es menos convincente, aunque el *cadmitum* en diversos estudios se ha relacionado con un riesgo mayor de cáncer, y su relación con el tabaquismo incrementa los riesgos (4,5).

Se han asociado formas familiares de la enfermedad con translocaciones genéticas entre los cromosomas 3 y 8, y 11 (1,8).

La facomatosis del tipo de la enfermedad de Von Hippel Lindau se asocia con cáncer de células renales, los cuales son a menudo multifocal o bilateral.

El grupo de pacientes quienes presentan enfermedad poliquística en los riñones tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de células renales.

Dentro de la patogenia se ha visto que los adenocarcinomas se originan por lo regular de uno de los polos de los riñones. La neoplasia se expande, comprime el tejido renal adyacente y desplaza los calices, los vasos sanguíneos y la pélvis deformándose y tienden a rodear la masa tumoral. A menudo tienden a crecer hacia las venas renales e incluso de la vena cava. Se ha visto que columnas de tumor se extienden hasta las cavidades derechas del corazón. La oclusión de la vena renal puede estar asociada a síndrome nefrótico y dilatación de los vasos prerirrenales y causar varicocele del lado izquierdo. Por su tamaño puede desplazar y/o infiltrar a los órganos vecinos, o a las musculos.

Patología: los adenocarcinomas generalmente tienen una capsula fibrosa y bien delimitada, la superficie del corte tumoral es amarillenta y a menudo tienen zonas de hemorragia o de necrosis. Produce una expansión definida del riñón, puede tener calcificaciones; microscópicamente se pueden observar los diversos patrones celulares que de acuerdo a la OMS son 3 grupos predominantes -

El primer grupo incluye tumores sólidos, tubulares, papilares y mixtos; el segundo grupo incluye los tumores sarcomatoides anaplasicos y el tercer grupo a los tumores estratificados. Dentro del primer grupo se incluyen a los que tienen células claras, granulares y/o oncocíticas. Además se ha dado a conocer el -- grado histológico el cual tiene un valor pronóstico mucho más certero y según el grupo Erlangen en el grado 1 se encuentran los tumores con patrón sólido y de células claras; en el grado 2 los tumores con otros patrones y características citológicas; el grado 3 a los tumores sarcomatoides anaplasicos, y a los -- tumores con células granulares en campo.

Las manifestaciones clínicas de este tipo de tumor varía a manifestaciones renales como dolor, masa y hematuria; manifestaciones generales como dolor difuso, fiebre, baja de peso, anemia, y esto no rara vez hallazgos dentro de un examen clínico de rutina, o bien puede detectarse por la presencia de metastasis. El varicocele en hombre puede ser la única manifestación. Dentro de sus manifestaciones paraneoplásicas más comunes son eritrocitosis [43], hipercalcemia y/o producción de hormonas semejante a la paratiroides; gonadotropinas -- ACTH, prostaglandinas A (antihipertensivos, alteraciones en las PFM, como una -- sola transaminasemia o bien manifestarse por elevación de la FA con ausencia de metastasis hepática. También se han descrito tumores productores de alfa-fetoproteína [15].

III, OBJETIVOS

El propósito de este comunicado se extiende a la revisión del carcinoma de células renales en la población de nuestro hospital para poder entender más las características de esta enfermedad. Ya es bien conocida la dificultad para diagnosticar esta patología por lo que también intentamos ofrecer un protocolo de estudio, para así ahorrar tiempo en diagnosticarlo, lo cual redundará en beneficios para el paciente y disminuirá su estancia hospitalaria en días cama.

Se tiene hasta el momento a la cirugía como la única opción de tratamiento curativo dentro de los primeros estadios de la enfermedad, sin embargo los estadios avanzados no se tiene hasta el momento un recurso seguro y eficaz que beneficie a nuestros pacientes. Se analizarán los resultados obtenidos mediante la cirugía, la radioterapia, hormonoterapia y un método que se ha incrementado como recurso terapéutico como lo es la embolización. Todas estas opciones o variantes se usaron solas o combinadas para el manejo de cada enfermo.

Uno de los aspectos más importantes en nuestro paciente sin duda alguna es la calidad de vida que se tiene con la enfermedad posterior a cualquiera de los tratamientos antes mencionados, cuestión que analizamos en este trabajo y que junto a la supervivencia de acuerdo a los estadios de la enfermedad serán la manera de conocer su eficacia terapéutica.

El análisis de este estudio debe hacer considerar las posibilidades terapéuticas que se cuentan, además de conocer el pronóstico dependiendo del estadio de la enfermedad así como el patrón y grados histológicos.

Finalmente se comparan nuestros resultados con otros centros hospitalarios y lo que reporta la literatura mundial.

IV. MATERIAL Y METODOS

En el Hospital Central Sur de Concentración Nacional (HCSCN) de Petróleos Mexicanos, se revisaron los expedientes clínicos y radiológicos, de aquellos pacientes diagnosticados con carcinoma de de riñón en el periodo que comprende de 30 de agosto de 1984 al 31 de agosto de 1988 .

Se integraron al estudio solo aquellos expedientes que por sus características de haber realizado el diagnóstico de Carcinoma renal ya sea por cirugía o bien por exámenes como la TAC y angiografía que corroboren lesión ocupativa de riñones y que por lo avanzado de la enfermedad , la cirugía no resultara la medida más adecuada. Además debería de tener una evaluación de seguimiento de por lo menos 6 meses de acuerdo a revisión clínica, controles radiológicos y de laboratorio .

Las variables incluidas dentro del estudio son : edad, sexo, factores predisponentes, síntomas cardinales manifestados al inicio del padecimiento, evolución clínica, metastasis, asociación paraneoplásica, estudios diagnósticos realizados y certeza diagnóstica, tratamientos establecidos como cirugía radical o paliativa con o sin embolización, la embolización como única alternativa, radioterapia preoperatoria y postoperatoria hacia el lecho renal, y la hormonoterapia para el manejo de metastasis .

Se avaluó la sobrevida para lo que se clasificaron a los enfermos según -- Robson y la TNM y el grado histológico como uno de los factores más importantes. También se evaluaron a los pacientes quienes presentaron recaída a nivel local o presentaron metastasis .

La calidad de vida fue evaluada de acuerdo a las notas clínicas del expediente .

V. RESULTADOS .

En nuestro hospital, después de 4 años de funcionar nos encontramos con una variedad de patologías que han causado una serie de estudios tanto para diagnósticos como terapéuticos, y sin embargo han otras patologías en las que no se ha profundizado lo suficiente como es el carcinoma renal. En el archivo de nuestro hospital se revisaron 40 expedientes en los que se tenían con Dx de carcinoma renal, sin embargo de todos estos se excluyeron 12 debido a que 8 de los pacientes se perdieron tras su diagnóstico y 4 restantes no reúnen los criterios Diagnósticos suficientes. Por lo que el estudio incluye 28 pacientes, de los cuales 18 son del sexo masculino y 10 del sexo femenino con una relación 1,8/1. Dentro de los grupos de edades se encuentra que esta patología es más frecuente después de los 40 años de edad, pero con un 7% de casos presentados antes de la 5a década de la vida (Tabla 1).

Dentro de los factores de riesgo se encontró la presencia de tabaquismo en 12 pacientes (44%), enfermedad poliquística renal en 3 casos (10%).

Como todo proceso maligno y patología urinaria las manifestaciones clínicas oscilaron desde que los pacientes iniciaron con síntomas de la vez hasta que fueron diagnosticados u en la gráfica #1 se observa que un 50% de los pacientes acudieron a estudios diagnósticos dentro del primer año, sin embargo un 22% lo hizo en el 2o. año, encontrando que incluso un 3% se presentó después de 5 años de iniciada su sintomatología, lo cual nos habla de la importancia en realizar ejercicio diagnósticos u en pensar en el CA renal como diagnóstico diferencial. Así tenemos que la tríada clásica de hematuria-masa y dolor nunca se presentó en forma tónica dentro de nuestro grupo de pacientes y que la hematuria por sí sola se presentó en un 28%, dolor en región lumbar en 13%, y la asociación dolor u hematuria en 13% de los casos. Los restantes manifestaciones están indicadas en la Tabla 2. Cabe hacer mención que una sola manifestación puede ser la única en toda la evolución del

Cancer del riñón y que debe ser motivo para tomarlo en cuenta dentro de todos los diagnósticos diferenciales. La presencia de metástasis abarca hasta un tercio de las manifestaciones del CA renal en el momento del diagnóstico, y dentro de las manifestaciones de primera vez alcanza hasta un 11% muy significativo. El total de pacientes afectados por metástasis como primera manifestación o ya sea durante la evolución de la enfermedad es de 12 pacientes (44%). Las metas más comunes son pulmonares, óseas y ganglionares; sin embargo no son raras las subcutáneas y cerebrales (tabla 3). En el CA de riñón se puede encontrar diversos tipos y uno de ellos que es el más frecuente se tiene al adenocarcinoma que puede tener una serie de manifestaciones paraneoplásicas, sin embargo en nuestro medio son poco investigadas por lo que en la tabla 4 solo se señalan algunas de las encontradas por lo que su frecuencia podría aumentar, en búsqueda intencionada. Así se tiene eritrocitosis sin otro proceso que la explicara. También se encontró hipercalemia la cual se encontró en pacientes sin metástasis óseas, transaminasemia sin evidencia por USG o por gammagrafía de metástasis hepática. Otro de los hallazgos fue las VSG aceleradas.

Dentro de las anomalías de laboratorio se encontró anemia en un 18% en pacientes con enfermedad avanzada y como dato de gran importancia se encontró que en los exámenes de orina realizados al ingreso solo en un 50% se encontró hematuria microscópica, lo que indica que el hecho de no encontrar hematuria no descarta esta patología, (tabla 5).

Uno de los aspectos de más importancia para los fines de diagnóstico es el tener que llevar a cabo un protocolo de estudio y como se señala en la tabla 6 dentro de los diferentes servicios de este Hospital no se tiene un protocolo establecido, y así vemos que no en todos se realizaron los estudios en forma progresiva y así vemos el número de estudios realizados con sus positivas para el diagnóstico. Sin embargo cabe mencionar que dentro de todos la TAC ha resultado ser la más útil para fines de diagnóstico así como de extensión de la enfermedad, aunque la angiografía por el reporte de todas las literaturas

mundial se halla catalogado a la angiografía renal como el método de más certeza diagnóstica, sin embargo las realizadas en nuestro grupo de pacientes se encontró un 5% de negativas, además de que se pueden presentar complicaciones importantes como lo es el espasmo vascular persistente a todos los procedimientos incluso a la electroestimulación. (tabla 7). También se han señalado sus desventajas en cierto tipo de tumores renales como el CA epidermoide y los linfomas. Las ventajas que nos ofrece este procedimiento además de evaluar las masas renales sería el avance terapéutico como uso de la embolización de masas hipervascularizadas. Por todas estas situaciones en 5 pacientes que se encontraron en estadio quirúrgico de irreseccabilidad se clasificaron de acuerdo a la TAC y manifestaciones clínicas de tipo extrarenal.

Dentro del tratamiento en nuestro grupo la elección fue la cirugía radical que se realizaron en un 75%, sin embargo el manejo por parte de los diversos servicios tratantes varió en la de embolizar previamente a la cirugía lo que influyó de manera significativa en la evolución, pronóstico y mortalidad de los pacientes. Tan solo un 52% de los pacientes sometidos a cirugía radical tuvo embolización previa, y 10 pacientes no se embolizaron (tabla 8). Cabe mencionar que todas las cirugías radicales se realizaron en pacientes con estadio de TNM de T1 a T4, ninguno incluyó a los M1, sin embargo los pacientes que no se embolizaron presentaron metástasis en 4 de ellos y solo en 1 paciente de aquellos embolizados previamente a la cirugía.

La embolización se realizó en 6 pacientes en forma paliativa ya que se encontraron en estadios de M1 y D según la escala de Robson, siendo embolizado en 2 ocasiones 1 paciente por recidiva tumoral local, en este grupo de pacientes es el que peor pronóstico tiene a pesar de haber asociado su manejo radioterapia en 1 y hormonoterapia en otro. También la hormonoterapia se utilizó en un paciente con recidiva tumoral y metástasis a distancia sin lograr modificar el curso de la enfermedad. La quimioterapia combinada se administra a un paciente quien presenta linfoma primario en riñón, previamente manejado con cirugía

radical. La sobrevida que alcanzan nuestros pacientes a los diferentes manejos y opciones terapéuticas se observan en las curvas de sobrevida de las gráficas 2, 3 y 4. En la curva de sobrevida por cirugía sin embolización previa se alcanzó hasta un 90%, sin embargo en la actualidad dentro de este grupo de paciente se presentó una gran incidencia de metástasis.

En la gráfica # 3 la curva de sobrevida mejora en los pacientes que se embolizaron previamente hasta en 95% y dentro de este grupo solo 1 falleció, lo que demuestra que esta asociación es la que mejor resultado ofrece. En la gráfica # 4 se muestra la sobrevida en pacientes que solo se embolizaron pero que estaban fuera de estadio quirúrgico, por lo que la sobrevida a 5 años es menor a 20%, no observándose ningún caso de regresión espontánea de la enfermedad metastásica, con una calidad de vida pobre cuando estos presentaron complicaciones propias de las metástasis.

Uno de los factores que más influyen en el pronóstico de los pacientes es el patrón histológico de los tumores y para esto se realizó la clasificación de acuerdo a los reportes de Patología, y se clasificaron de acuerdo a el grupo Erlangen (tabla 9), y así en forma similar a los reportes de la literatura (13) nuestros resultados incluyen a los tumores de 1er grado en un 65%, los de 3er grado en 17%, sin embargo hay que recordar que la muestra de pacientes es poca, aunque en la correlación con la sobrevida (gráfica 5) es aparente que esta se incrementa en el grado I y se presenta una pobre sobrevida con los de grado III que incluyen a los tumores sarcomatoides anaplásicos. Para la clasificación del estadio en que se encontró al paciente se basó en la cirugía, TAC y manifestaciones clínicas de acuerdo a la TMN comparandole con los reporte de Robsony así encontramos que un 71.5% se localizó en estadios de T1 a T4 y la mitad de estos fueron T3a. Un 25% de los pacientes se clasificaron en estadio M1 de la TMN y en D de la clasificación de Robson, lo que concuerda con la literatura mundial en que al momento del diagnóstico hasta un tercio de los pacientes presentan metástasis.

En la tabla #6 se muestra la mortalidad general de nuestros pacientes y cabe señalar que todos estos pacientes fallecieron con presencia de Mets en estadio M1 y que hasta un 57% de los pacientes fallecen en el primer año después de ser diag nosticados. El paciente # 7 estuvo bien durante 3 años después de la cirugía, pero presentó recidiva local y metástasis 2 meses antes de fallecer.

En resumen la calidad de vida de los pacientes se encuentra como uno de los prin cipales objetivos a perseguir en el manejo de casos con CA renal. La evaluación de los pacientes a través de la consulta externa permitió valorar su calidad de vida y que nosotros clasificamos en 3 estados: Buena; cuando los pacientes se refirieron asintomáticos o con sintomatología no bien caracterizada de algún otro padecimiento, con revisión clínica; laboratorio y radiografías negativas a actividad tumoral (NEAT), Regular; cuando el paciente llegó a referir molestias que por sí solas sean incapacitantes como dolor regional o por metástasis o deterioro físico y mental por la enfermedad (10). Mala; cuando los pacientes presentaron una evolución rápida con deterioro de su estado general; por dolor, metástasis u otra complicación agregada como procesos infecciosos. En la gráfica #7 se realiza una evaluación de la vida y encontramos que 24 pacientes cursaron con una calidad de vida Buena; de los cuales 4 (16%) presentaron recaídas con lo que su calid ad de vida disminuyó. Cabe mencionar que uno de los pacientes fue del grupo -- de los quirúrgicos y que presentó la recaída 36 meses después de la cirugía. Dentro del grupo de BUENA calidad de vida también se observan pacientes embolizados uno de ellos con más de 24 meses de embolización. También se encuentra un pacien te embolizado que además recibió radioterapia. En el grupo de REGULAR calidad de vida se tiene un paciente P0 de nefrectomía radical y que sin embargo 2 mes después dió manifestaciones de mets. En el grupo de MALA calidad de vida se tienen a los pacientes que iniciaron sus manifestaciones de CA renal con mets a distan cia, e incluso uno de ellos no recibió manejo terapéutico. En base a esta gráfi- ca podemos observar que definitivamente la cirugía es el método de elección, sin embargo habrá pacientes que están fuera de posibilidad quirúrgica y hay que inves tigar las medidas alternas como embolización, y en futuro los interferones.

TABLA # 1

GRUPOS DE EDADES	MASCULINOS		FEMENINOS		TOTAL	
de 40 a	2	7%	-	-	2	7%
41 - 50a	7	25%	2	7%	9	32%
51 - 60a	4	14%	3	10%	7	25%
de 61a	5	18%	5	18%	10	36%
TOTAL	18	64%	10	36%	28	100%

Relación hombre/mujer 1.8/1

TABLA # 2

MANIFESTACIONES CLINICAS	1a. MANIFESTACIÓN		2a. MANIFESTACIÓN	
HEMATURIA	8	28%	2	7%
DOLOR	5	18%	5	18%
HEMATURIA Y DOLOR	5	18%	-	-
MASA	2	7%	2	7%
HALLAZGO	2	7%	-	-
METASTASIS				
PULMONARES	-	-	3	10%
GANGLIONARES	1	4%	2	7%
OSEAS	2	7%	1	4%
SUBCUTANEAS	-	-	2	7%
FIEBRE	-	-	1	4%
VARICOCELE IZQUIERDO	1	4%	1	4%
HIPERTENSION	1	4%	1	4%
BAJA DE PESO	1	4%	3	10%
TOTAL	28	100%	23	82%

TABLA # 3

METASTASIS POR CA RENAL.		
pulmonares	3	10%
óseas	3	10%
ganglionares	3	10%
Subcutaneas	2	7%
cerebrales	1	4%
TOTAL	12	42%

TABLA # 4

FENOMENOS PARANEÓPLÁSTICOS		
eritrocitosis	3	10%
hipercalcemia	4	14%
transaminasemia	2	7%
VSG acelerada	2	7%
Eosinofilia	1	4%
Hiperuricemia	1	4%
TOTAL	13	46%

TABLA # 5

anomalías de laboratorio		
anemia	5	18%
hematuria	14	50%
transaminasemia	2	7%
hipercalcemia	4	14%
TOTAL	25	90%

TABLA # 6

ESTUDIO DIAGNOSTICO	#	POSITIVOS	%
TOMOGRAFIA COMPUTADA AXIAL	26	25	96%
ANGIOGRAFIA RENAL	21	20	95%
ULTRASONOGRAFIA RENAL	25	23	92%
UROGRAFIA EXCRETORA	23	19	82%
CITOLOGIA URINARIA	18	8	44%

TABLA # 7

COMPLICACIONES EN LA ANGIOGRAFIA			
	#		%
DOLOR LOCAL INTENSO	21	4	19%
EQUIMOSIS	21	1	4%
HEMATOMA	21	1	4%
ESPASMO VASCULAR IRREVERSIBLE	21	1	4%
TOTAL	21	7	33%

TABLA # 8

TRATAMIENTOS EMPLEADOS	#	%
CIRUGIA RADICAL	21	75%
embolización precirugía	11	52%
cirugías sin embolización	10	48%
EMBOLIZACIÓN PALIATIVA	6	21%
RADIOTERAPIA PRECIRUGIA	1	3.5%
RADIOTERAPIA POSTCIRUGIA	1	3.5%
HORMONOTERAPIA EN ESTADIO D y M1	2	7.1%
QUIMIOTERAPIA	1	3.5%

TABLA # 9

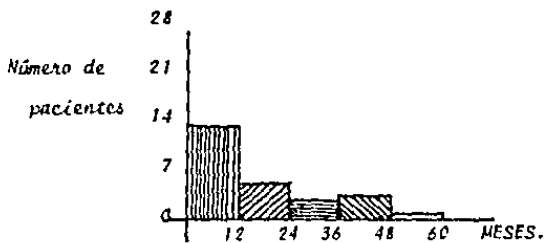
GRADO HISTOLOGICO*	#	%
I- TUMORES SOLIDOS CON CELULAS CLARAS	15	65%
II- TUMORES ESTRATIFICADOS	2	9%
III-TUMORES DE PATRON ANAPLASICO SARCOMATOIDE	4	17%
total	21	91%*

* Grupo Erlangen y CHS

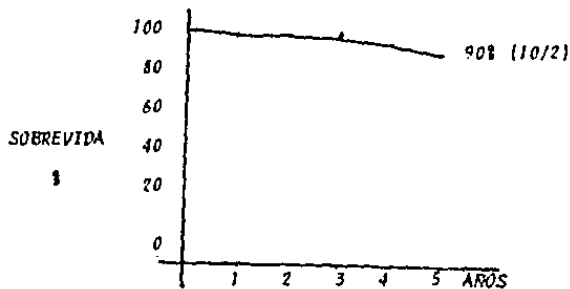
*Se incluyen 1 CA epidermoide y 1 Linfoma primario de riñón. El Dx histopatológico se realizó en 21 cirugías radicicales y 2 intentos fallados de nefrectomía.

TABLA # 10

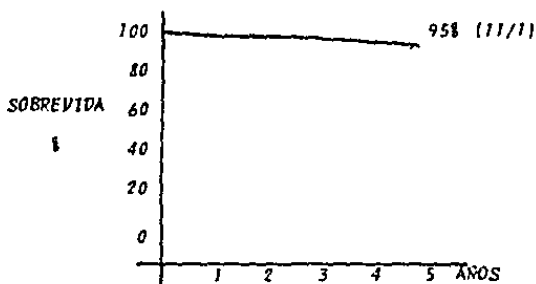
CLASIFICACION DE LOS PACIENTES POR ETAPAS		
ESTADO DEL TUMOR	ROBSON	TMN
-sin lesión	-	T0
-Pequeña lesión. Distorsión mínima	A > 1	T1—2
-Tumor grande. Distorsión renal	A > 2	T2—2
-Involucro de tejidos perirrenales	B — 10	T3a—10
-Involucro de la vena renal	C > 5	T3b—3
-Involucro de vena renal y cava inferior	C > 1	T3c—1
-Involucro de tejidos adyacentes	D — 2	T4a—2
- Involucro de la vena cava superior	C	T4b
- Ningún ganglio tomado	A, B	N0
-Ganglio único ipsilateral	C	N1
-Ganglios regionales tomados	C	N2—1
- Ganglios mixtoregionales	C	N3
- Metástasis distantes	D — 7	M1—7
TOTAL	28	28



GRAF. 1. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL INICIO DE LOS SINTOMAS Y EL DIAGNOSTICO.



GRAF. 2. CURVA DE SOBREVIDA POR CIRUGIA SIN EMBOLIZACION PREVIA.



GRAF. 3. curva de sobrevida por cirugía radical con embaolización previa.

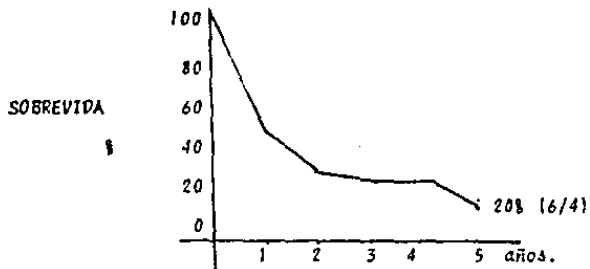


Gráfico 4. CURVA DE SOBREVIVENCIA CON SOLO LA EMBOLIZACIÓN PARA EL CA RENAL.

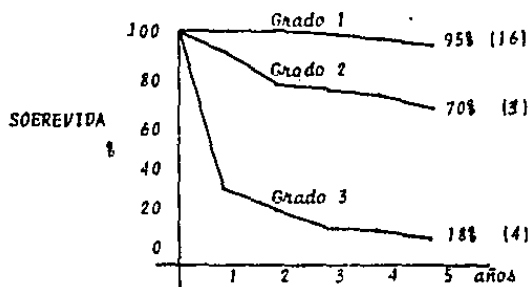
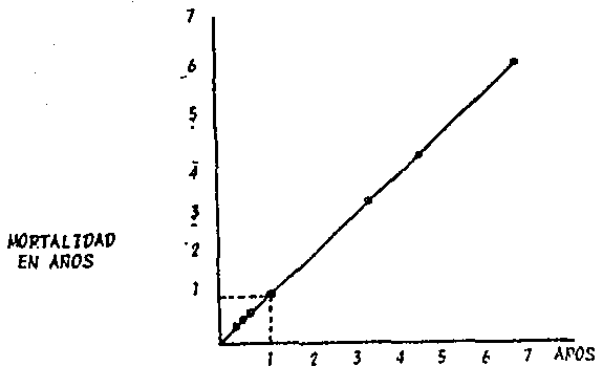
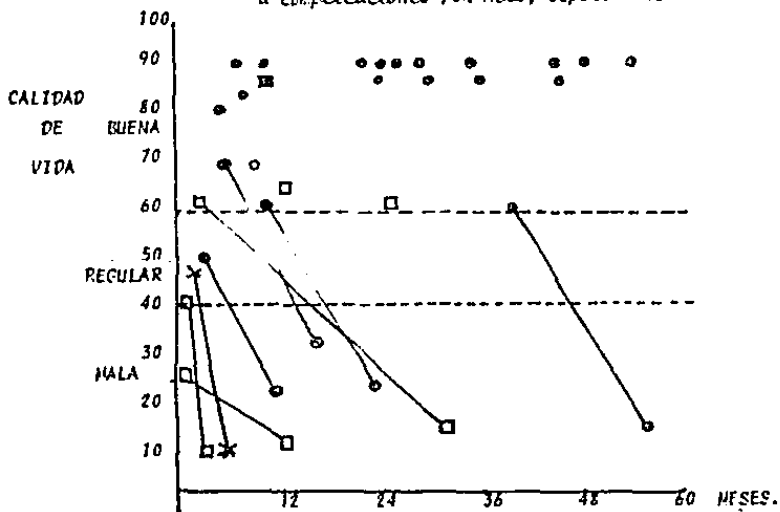


Gráfico 5. CURVA DE SOBREVIVENCIA POR PATRÓN HISTOLÓGICO (ERLANGEN).



Gráf. 6. La mortalidad de los pacientes se relacionó a complicaciones por mets, sepsis u recidiva local.



Gráf. 7. Evolución u calidad de vida en 5 años.

- cirugía radical
- embolización u RTx
- × sin manejo
- embolización
- cirugía u OTx

VII. CONCLUSIONES.

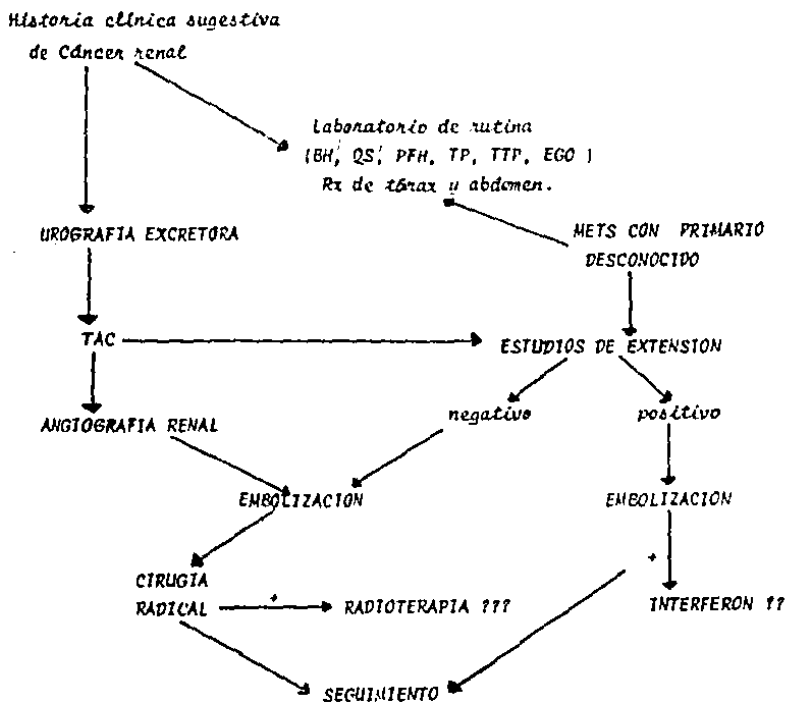
Como se señaló en este estudio el CA de riñón es uno de los grandes retos diagnósticos en la medicina actual y que puede tener una serie de manifestaciones ni siquiera sospechada, lo cual retrasa en ocasiones el diagnóstico, - tal como sucedió con algunos de nuestro grupo de pacientes.

Es básico que dentro de nuestro Hospital se normen conductas de manejo -- dentro de los diferentes servicios tratantes, siendo esta patología exclusividad de la Oncología. Otro de los objetivos que señala este estudio es el de protocolizar el estudio del CA renal. así vemos que todo paciente que manifiesta hematuria; masa o dolor en fosa renal el diagnóstico diferencial debe incluir al CA renal, asimismo la existencia de metastasis como única manifestación a nivel de hueso, pulmón, subcutánea, en cerebra nos deben hacer pensar - en esta posibilidad.

Dentro de la Historia Clínica se debe hacer un interrogatorio bien intencionado sobre el inicio de los síntomas, evolución y presencia de factores predisponentes, un examen físico cuidadoso también puede aportar valiosa información, como es la detección de masa retroperitoneal que corresponda a riñón. -- Dentro de los exámenes de rutina en laboratorio habrá que recordar que la presencia de anomalías sugiere la posibilidad diagnóstica sin embargo los exámenes normales no deben descartar la posibilidad. Dentro de los estudios indicados comúnmente son las citologías urinarias que tienen un alto porcentaje de -- negatividad. Los estudios radiológicos que incluyen: la PSA y Rx de tórax deben incluir una serie de pasos que incluyen a la urografía excretora la cual nos informa sobre la anatomía renal, en forma indirecta la función renal y el porcentaje de detección de masas renales es alto. También dentro de la urografía excretora se incluyen corte tomográficos si existe esta posibilidad. La TAC tiene un alto porcentaje de certeza diagnóstica y que como se comentó nos sirve para evaluar la extensión de la enfermedad y poder clasificar a los pacientes -

fuera de posibilidad quirúrgica. El siguiente procedimiento invasivo es la arteriografía quien en los reportes de la literatura es el de más certeza diagnóstica y que evalúa la vascularidad de la masa en estudio, para así aprovechar la oportunidad de embolizar esta masa, con lo que la sobrevida mejora aunado a la cirugía la que se beneficia por el hecho de tener un campo más accesible para la resección del tumor y con menos riesgo de sangrado. El rastreo metastásico debe realizarse antes de decidir la terapéutica. Los pacientes quienes presentan lesiones metastásicas sin un primario conocido, se estudia de manera similar con el fin de obtener un diagnóstico de certeza y ofrecer como manejo la embolización u otras medidas como el interferón del cual debe realizarse un protocolo estricto. La cirugía radical dependerá del estadio de la enfermedad, pero siempre que sea posible deberá intentarse la nefrectomía, y así se ha visto incluso que los pacientes en estadios de T3a hasta N0 pueden tener una sobrevida de hasta 40%. En este tipo de casos se llega a utilizar la radioterapia -- tanto pre como postOP, sin embargo no se ha demostrado la real eficacia en este tipo de tumores, los cuales en forma clásica se han catalogado como radioresistentes. También se ha intentado por algunos grupos de hormonoterapia y la quimioterapia, que sin embargo no ha sido posible se obtengan resultados eficaces concluyentes. Se ha sugerido en casos de CA renal en riñón único el trasplante renal, sin embargo la inmunosupresión puede activar focos ocultos de tumor (9). Los anteriores procedimientos de punción para masa quística incluyen en manos muy experimentadas y agujas finas han ocasionado sembra tumoral a través del trayecto de la aguja.

El pronóstico que se señala está en relación al estadio de la enfermedad, tamaño de la lesión y quizás de más importancia el patrón histológico. La sobrevida alcanzada en los estadios tempranos A, B de Robson tras la cirugía alcanzó más del 90% lo cual puede causar mejora en la sobrevida. Cabe mencionar que en términos generales nuestros resultados son similares a los reportes de otras instituciones,



SISTEMA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PARA EL CA RENAL.

El cáncer de riñón entraña una serie de dificultades para su diagnóstico como se observó en este estudio. En nuestro Hospital se manejaron 28 casos -- con Dx de CA renal de los cuales 26 resultaron ser adenocarcinoma, 1 carcinoma epidermoide y 1 linfoma renal primario, lo cual es similar a los reportes de la literatura mundial [2, 6, 16]. La sobrevida que se alcanza tras el manejo quirúrgico de esta patología es muy buena, siempre y cuando los estadios sean iniciales. Los pacientes a los cuales por sus características y estadio avanza do, no sea posible ofrecerle tratamiento quirúrgico, se podría planear el ma- nejo con otras alternativas hasta ahora paliativa como lo es la embolización y la radioterapia; sin embargo se ha demostrado que estas medidas salvo casos -- excepcionales logran mejorar las condiciones de los pacientes sin tener una -- sobrevida mayor a los pacientes quirúrgicos. Definitivamente los ensayos de la la quimioterapia y hormonoterapia para el adenocarcinoma renal no ha demostra- do ser útil, por lo que su uso ya no debe recomendarse.

Sin embargo los pacientes en estadio avanzado deberían de tener otra opción y quizás en un futuro no muy lejano se logren crear protocolos de manejo como -- sería el uso del interferon en un tipo de neoplasia sólida y aunque se ha in- dicado en cierto tipo de tumores sólidos como el CA de pulmón y el CA de mama siendo sus resultados no satisfactorios, aunque la selección del tipo de inter- ferón, estado del paciente y estadio de la enfermedad pueden redundar en mejo- res resultados para el CA de riñón, [18].

Es necesario que todo el personal médico que tienen ante sí la sospe- cha de un CA renal, realice las medidas apropiadas para realizar un diagnóstico en los primeros estadios, ya que esto se reflejará en la calidad de vida y so- bre todo en el pronóstico del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Zaroli A, Signorolli F, Lampertico P: *the renal adenocarcinoma: epidemiological, clinical, pathological and cultural considerations, based on 117 casos* Pathological 76:169-190, 1984 .
- 2.- Gerson R: *Carcinomas genitourinarios. Trat. de med. Interna 1a Ed. Misael Uribe, 1911-1912; 1988.*
- 3.- Richard Williams: *tumors of Kidney. Cecil Textbook of Medicine. Sexta ed. 652- 653, 1988 .*
- 4.- Kantor A. F., Weigs, J. V., Heston JF, and Flannery: *epidemiology of renal cell carcinoma in connecticut. J. Natl Cancer Inst. 57:495-500, 1976.*
- 5.- Kolonel LN: *association of cadmium with renal cancer. Cancer 37:1782-1787 1976,*
- 6.- Donald R. Smith. *Tumores malignos del riñón, Manual Moderno. Décima Ed. 272-282, 1987*
- 7.- Silva L. Ismael: *Hematuria. Reto diagnóstico. Rev. Promeco vol 2. No 8-1984*
- 8.- Cronin RE, Kachny WD, Miller PD et al: *Renal Cell carcinoma; unusual systemic manifestacion. Medicine (Baltimore) 55: 297-302, 1976.*
- 9.- Jean B. De Kernion MD, and David Barry MD: *The diagnosis and treatment of renal cell carcinoma. Cancer 45: 1947-1956; 1980.*
- 10.-Weyman PJ, Carnik, Mc Cleenan BL, Stanley: *Comparison of computed tomography in the evaluation . Radiology 137- 417, 1980*
- 11.- Richie JP Selzer S, et al: *Computerized tomography scan for diagnosis -- and staging of renal cell carcinoma J. of Urology 129, 1114. 1983.*
- 12.- De Kernion JB: *Treatment of advanced renal cell carcinoma. Journal of -- Urology 130;132.*
- 13.- Mario Reis MD and Victor Faria MD: *renal carcinoma. Reevaluation of -- prognostic factors. Cancer 61: 1192-1198, 1988.*
- 14.- Selli C. Hinshaw WM, Woodward BH, Paulson DF: *Stratification of risk factors in renal cell carcinoma. Cancer 52: 889-903, 1983.*
- 15.- H. Marimoto MD, N Tanigawa: *alpha-fetoprotein, producing renal cell carci-*

noma . *Cancer* 61: 84-88, 1988

16.-Balfour M. Mount: *Psychological impact of Urologic Cancer. Cancer* 45: 1985-1992, 1980

17.-Fusieler HA: *Renal cell carcinoma. The Ochsner Medical Institution experience (1945-1978)*; *J, Urology* 130: 445-448; 1983.

18.- Kirkwood JM, Ernstoff M: *Interferons in the of cancer human. S. of Oncology* 19: 368-369, 1983.