

11246
rej
①



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
"LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

"ANALISIS DEL TRATAMIENTO
DEL CANCER RENAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
U R O L O G I A
P R E S E N T A :

DR. OSWALDO ANGULO AREVALO

TESIS CON
BALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

FEBRERO, 1988



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.

C O N T E N I D O

	Pag.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	12
DISCUSION	16
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFIA	19

INTRODUCCION

El Adenocarcinoma Renal, Hipernefroma, Tumor de Grawitz, Carcinoma de Células Claras o Carcinoma de Células Renales, nombres con los cuales se le conoce, constituye al 85% de los procesos malignos del parénquima renal.

Existe una correlación muy estrecha de su frecuencia con la edad y con el sexo, siendo su ocurrencia mayor hacia la sexta década de la vida y con predominio en el sexo masculino.

Desde cuando Grawitz en 1,833 describió dicho tumor es mucho lo que se ha publicado con respecto a su patogenia, anatomía patológica, etapas clínicas, auxiliares diagnósticos y tratamiento.

Parece al final no haber discusión en cuanto a que definitivamente el tratamiento es quirúrgico.

En la mayoría de nuestros pacientes se ha realizado Nefrectomía radical por medio de Lumbotomía.

OBJETIVOS

Se trata básicamente de un análisis retrospectivo en el manejo del Cáncer Renal, realizado en la Clínica de Cáncer Renal del Hospital de Especialidades del Centro Médico "LA RAZA", del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se evalúa primordialmente supervivencia de acuerdo al estadio clínico del tumor, refiriéndolo al tipo de cirugía realizada.

Se establece en nuestro medio la incidencia en cuanto a edad y sexo.

Se analizan los beneficios de procedimientos preoperatorios tales como la embolización.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El adenocarcinoma renal se considera un tumor del adulto que se presenta más frecuentemente hacia la sexta década de la vida y con una incidencia mayor en el sexo masculino con una relación de 2-3 a 1.

Constituye el 86% de los tumores del parénquima renal. En los Estados Unidos se reportan 15,000 pacientes nuevos cada año y mueren por dicha patología alrededor de 5,000 a 7,000 pacientes anualmente. Representa el 2 a 3 por ciento de todos los cánceres humanos.

Grawitz en 1,833 introdujo el término Hipernefroma para describir a al carcinoma de células renales basado en el concepto erróneo de que provenía de restos embriogénicos adrenales en el riñón. Oberling en 1.950 demostró el origen de las células cancerosas en el epitelio del túbulo contorneado proximal, por lo cual el nombre más preciso es el de Carcinoma de células renales o adenocarcinoma de Riñón.

Las células del Adenocarcinoma pueden ser claras (en 25 por ciento de los pacientes), granulares (en 12 por ciento), espinosas (en 14 por ciento), o con un patrón de combinación entre estos grupos en el resto de los casos.

El tumor puede presentarse en cualquier lado, sin predominio por el gún lado en particular. El tumor bilateral sincrónico es poco usual y ocurre en 0.5 a 1.5 por ciento de los pacientes.

Como ocurre con la mayoría de las neoplasias la etiología del carcinoma renal permanece desconocida, aunque se ha escrito mucho sobre algunos agentes carcinogénicos tales como: Irradiación, acetato de plomo, 20 - metil colantreno, Etil-nitroso-urea, estrógenos naturales, Dietil etil bestrol, Benzopireno, cicacina, aflatoxina, cadmio, antibióticos, acetaminofén y virus. Últimamente se ha establecido una correlación estrecha entre tumor renal y tabaquismo encontrando una incidencia cinco veces mayor en fumadores. La dieta rica en grasa animales, leche y azúcares también se ha involucrado como cofactor.

Usualmente el Adenocarcinoma renal sobresale de la superficie y de forma al contorno normal del riñón. Es mas o menos esférico y generalmente se encuentra incluido en una pseudocápsula de tejido conjuntivo condensado en su periferia. La superficie de corte es típicamente jaspada y con tabiques fibrosos que ocasionan lobulaciones gruesas. Células ricas en lípidos le confieren un color amarillo a naranja, en tanto que las áreas necróticas pueden ser grises y las que contienen células granulosas pardas a pardo obscuro. Frecuentemente hay hemorragia y necrosis, pudiendo existir calcificaciones y la degeneración del tumor de un aspecto gelatinoso quístico o fibroso.

Histológicamente se evidencian células claras, granulosas o sarcomatoides dispuestas en patrones sólidos, papilares, tubulares o quísticos.

Con respecto a sus manifestaciones clínicas la triada sintomática de dolor en flanco, hematuria y masa renal palpable que se han considerado los signos clínicos más frecuentes se encuentran en forma simultánea en la minoría de los casos, ocurriendo solo en el 5-10 por ciento y cuando exis-

ten con indicación de enfermedad avanzada.

Otras manifestaciones son pérdida de peso, malestar general, fiebre probablemente por un pirógeno endógeno, aneja y alteraciones hepáticas y neurológicas, así como, eritrocitosis, hipertensión e hipercalcemia.

Se ha informado de manera bien documentada que al momento de hacer el diagnóstico aproximadamente las dos terceras partes de los pacientes tienen metástasis a distancia, siendo los sitios más frecuentes en orden de frecuencia: Pulmones (56%) Ganglios linfáticos (38%), Hígado (35%), y huesos (33%). Otros sitios menos comunes son duodeno, mama, oído, vagina, pene, etc.

En cuanto al comportamiento clínico del adenocarcinoma podemos manifestar que es extremadamente impredecible. Se han reportado supervivencias aceptables sin extirpación quirúrgica del tumor, pero son la minoría de los pacientes. Sin embargo, en series grandes de pacientes no tratados el promedio de supervivencia fue de 4.4 por ciento a tres años. La regresión espontánea de las lesiones metastásicas de carcinoma de células renales es un fenómeno reconocido, pero poco común que ocurre en el 0.8 por ciento de los pacientes. No existe una explicación concluyente a este fenómeno pero muchos autores invocan un mecanismo de defensa inmunológica de reacción al antígeno natural. Los pulmones están frecuentemente expuestos a antígenos externos y son más ricos en macrófagos, linfocitos e inmunoglobulinas. La regresión espontánea de las metástasis ocurre más frecuentemente en lesiones pulmonares.

Algunos autores postulan una influencia hormonal en la regresión espontánea y las tres cuartas partes de los casos informados se da en varones.

La terapéutica hormonal tiende a inducir regresión de la metástasis pulmonares, aun cuando al respecto hay controversia.

En lo referente al diagnóstico definitivamente la Urografía excretora con la nefrotomografía constituyen el estudio inicial ante la sospecha de esta neoplasia. El ultrasonido, que carece de riesgo, nos ayuda a diferenciar entre masas sólidas y líquidas y nos informa sobre aumento o disminución del tamaño del riñón.

La arteriografía renal selectiva, aunque invasora, nos proporciona una gama de información, permitiéndonos diagnosticar un sin número de anomalías al delinear la arquitectura arterial y con la venocavografía que también es invasora nos indica la presencia o ausencia de trombo tumoral - en el interior de la vena cava y de la vena renal.

La tomografía computarizada, precisa las imágenes tumorales, así como su extensión, lo cual permite delimitar mejor los estadios de la enfermedad, incluso después de la nefrectomía nos sirve para detectar actividad tumoral.

Parece haber una tendencia de la Angiografía digital por sustracción, de sustituir a la arteriografía renal ordinaria, ya que utiliza menor cantidad de contraste, tiene mucho más baja morbilidad, al limitarse la mayoría de las veces a sólo una punción venosa y sobre todo proporciona una excelente visualización arterial y venosa.

La resonancia magnética constituye el progreso más importante sobre la tecnología convencional conocida. Se informa de un 100% de certeza (la TAC presentó un 93%) mostrando aspectos como origen del tumor, presencia de trombo tumoral, diseminación linfática y extensión local del tumor por fuera de la cápsula renal.

El tratamiento del adenocarcinoma renal está determinado por la extensión anatómica de la enfermedad, ya que es el factor pronóstico más importante para poder predecir el impacto de la cirugía en el ulterior control de la enfermedad maligna.

La nefrectomía radical constituye el mejor y único tratamiento efectivo para esta neoplasia, sobre todo si se ha hecho un diagnóstico oportunamente que nos permita encontrar un tumor limitado a la capsula renal proporcionando una supervivencia que pueda pasar del 90% según varias series. La intervención es ineficaz cuando la enfermedad se ha extendido a órganos vecinos o ganglios linfáticos.

En la actualidad no hay datos concluyentes que indiquen que la linfadenectomía, tanto de la aorta como de la cava, mejora el control de la enfermedad en forma superior a la sola Nefrectomía, pues está plenamente documentado que la extensión de la enfermedad hacia los ganglios renales significa malignidad generalizada, por lo cual se encuentra fuera del control quirúrgico.

Existe gran controversia sobre la nefrectomía en la enfermedad metastásica, pues existen publicaciones argumentando que la nefrectomía puede controlar los síntomas producidos por la tumoración renal tal como la hematuria, el dolor y la fiebre. Además se aduce que la operación disminu-

ya la diseminación de la enfermedad y que aumenta la sobrevida al retirar el tumor primario. De otro lado se menciona que la nefrectomía tiende a favorecer la reacción a las hormonas, a la quimioterapia o a la inmunoterapia. Sin embargo, hay publicaciones recientes en el sentido de que no hay diferencias estadísticamente significativas sobre la calidad de vida o supervivencia de los pacientes que se sometieron o no a nefrectomía cuando hay presencia de enfermedad metastásica.

La regresión espontánea de lesiones pulmonares metastásicas es tan baja (0.8%) después de la nefrectomía, que no justifica la operación para tratar de obtener por ese medio dicha regresión.

La embolización renal aunque algunos centros la reservan para casos seleccionados, otras instituciones entre ellas la nuestra, la consideran — de gran utilidad sobre todo en grandes masas, proporcionando más facilidad en el acto quirúrgico e incluso en aquellos pacientes portadores de enfermedad en estadios avanzados, considerados fuera del criterio quirúrgico en los cuales la embolización, además de la administración de progestágenos, — consigue supervivencias importantes que según algunas series es hasta del 11%.

En contraste con la actividad antitumoral demostrada por una gama — de agentes quimioterápicos en el Tumor de Wilms, no se dispone en la actualidad de un esquema claramente eficaz para el adenocarcinoma renal, agravado de lo anterior con la franca toxicidad que acompaña a la quimioterapia.

Algunos investigadores como Paulson y col. para el uso de Adriamicina y Citoxán, identificaron cuatro factores pronósticos significativos para la supervivencia, a saber: sexo, fosfatasa alcalina, valor hematocrito y sitio de las metástasis. Los varones tuvieron una mejor supervivencia que las

mujeres. La elevación de las fosfatasa alcalinas y la disminución del hematócrito pronosticaron una disminución de la supervivencia, al igual que los pacientes con metástasis óseas.

Mención especial merece el uso de la Progesterona que en un principio reportaron manifestaciones de mejoría hasta en 25% de los casos, — otras informaciones recientes solo reportan mejoría en un 0.05%. Algunos solamente la utilizan en pacientes que se encuentran fuera de tratamiento quirúrgico y que al ofrecerles embolización la acompañan con progesterona como adyuvante.

En etapa de investigación se encuentra la inmunoterapia en adenocarcinoma renal, basándose en términos generales, en la teoría de que la manipulación de la reacción inmunitaria del huésped puede influir en el crecimiento de las células malignas del mismo. Sin embargo, los resultados hasta el momento no demuestran una función terapéutica clara, aunque proporcionan suficientes elementos para llevar a cabo estudios ulteriores.

Como inmunoterapia activa, al igual que en vejiga, se ha preconizado el uso de BCG y como inmunoterapia pasiva el factor de transferencia — y el ácido ribonucleico inmunitario.

También con resultados alentadoras en fase de investigación se ha utilizado el interferon.

Valga la pena mencionar la nefrectomía segmentaria y la enucleación del tumor en casos de riñón único o cáncer bilateral.

MATERIAL Y METODOS.

Se incluyen en el presente estudio retrospectivo 47 casos de pacientes con diagnóstico plenamente establecido de Adenocarcinoma Renal, - analizadas al revisar 300 nefrectomias realizadas en la Clínica de Cáncer Renal del Hospital de Especialidades del Centro Médico "LA FAZA", del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre 1.980 y 1.986.

Se mantuvo rigidez de criterio en cuanto a que el expediente clínico estuviera completo, teniendo especial interés en que contara con :

- Identificación completa
- Tiempo de evolución de la enfermedad
- Exámenes de laboratorio y de gabinete
- Diagnóstico preoperatorio
- Tipo de cirugía realizada
- Informe de patología
- Terapia adjunta
- Seguimiento desde la operación

Constituyeron criterio de no inclusión algo más de cincuenta casos de cáncer renal, por inadecuado manejo de los expedientes, ya por haber sido dados de baja, por incompletos, por carecer de informe de patología.

Además fue motivo de exclusión los pacientes a quienes se les realizó Nefrectomía por cáncer de pelvis renal o de uréter (transicionales). Se fue cuidadoso en que los expedientes en términos generales contaran como elementos de asistencia en el carcinoma renal con: Biometría hemática co-

pleta, química sanguínea, exámen general de orina, urografía excretora, - ultrasonograma renal y arteriografía renal. En algunos casos específicos se utilizó la Tomografía Axial computarizada y se complementaron los estudios de extensión tumoral con placa de tórax, serie ósea metastásica, - pruebas funcionales hepáticas y gamagrama. (Cuadro 1)

CUADRO 1

ASISTENCIA DEL CARCINOMA RENAL

Urografía excretora
 Ultrasonograma Renal
 Tomografía axial computarizada
 Arteriografía Renal
 Angiografía
 Nefrectomía radical

Los pacientes se estadiaron en este trabajo según el sistema utilizado ordinariamente en el Servicio de Urología de nuestro Hospital, que es la de Robson y col. (Cuadro II)

CUADRO II

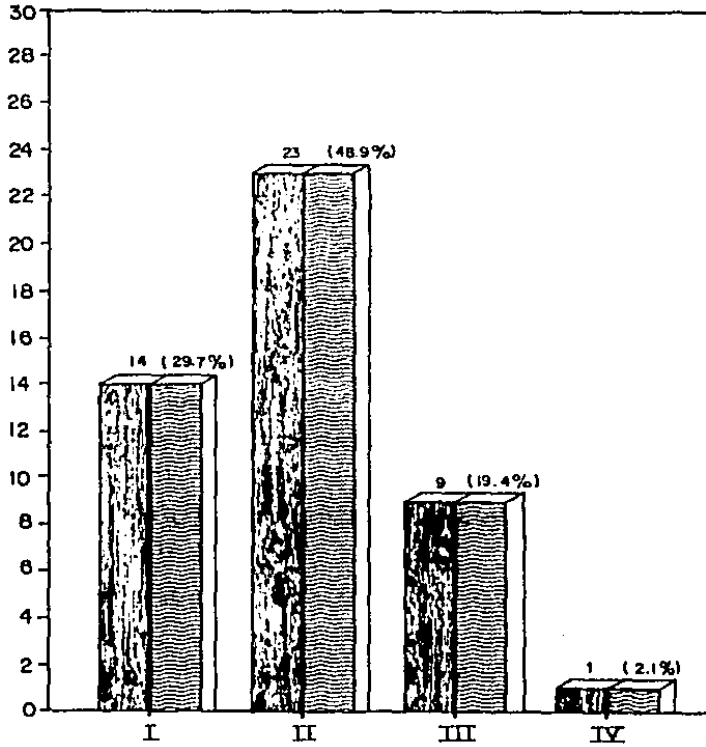
SISTEMA DE ETAPIFICACION SEGUN ROBSON
 CHURCHIL Y ANDERSON

Etapas I
 Limitado al parénquima renal

Etapas II
 Invasión a la grasa perirrenal pero limitado a la fascia de Gerota

Etapas III
 A Invasión a vena renal o vena cave inferior
 B Invasión linfática
 C Invasión vascular y linfática

Figura No. 2



NUMERO DE PACIENTES DE ACUERDO A ESTADIO

CUADRO III

CUADRO CLINICO		
Síntoma	No. Pacientes	%
Dolor	31	65.9
Hematuria	30	63.8
Pérdida de peso	22	46.8
Masa palpable	19	40.4
Triada	13	27.6
Anemia	11	23.4
Eritrocitosis	6	12.7
Incidental	3	6.3

En lo que concierne a la clasificación histopatológica todos resultaron adenocarcinomas renal. No se reportó ninguno como sarcoma, ni tumor de Wilms del adulto, como tampoco hubo alguno que no fuera clasificable. Ya mencionamos que se excluyeron los tumores de pelvis renal.

De dichos adenocarcinomas indudablemente la estirpe celular más frecuente, como era de esperarse, resultó ser la variedad de células claras 39 pacientes (82.9%), seguidos por siete pacientes (14.6%) que presentaron un patrón celular mixto y solo un paciente (2.1%) se reportó con un componente de células granulares.

La clasificación utilizada en esta serie para determinar la etapa, de los tumores es la descrita en 1.969 por Robson. De esta manera se encontraron 14 pacientes en etapa I (29.78%), 23 pacientes en etapa clínica II (48.93%), 9 pacientes en etapa clínica III (19.14%) y 1 paciente en etapa clínica IV (2.12%). (Fig. 2).

Etapa IV

- A Invasión a otros órganos adyacentes además de la suprarrenal
 - B Metastásis a distancia
-

R E S U L T A D O S

Entre los cuarenta y siete casos revisados la edad mínima encontrada fue de 40 años y la máxima de 80 años, con una media de 59.4 años de edad. De los anteriores 28 pertenecientes al sexo masculino y 19 al sexo femenino.

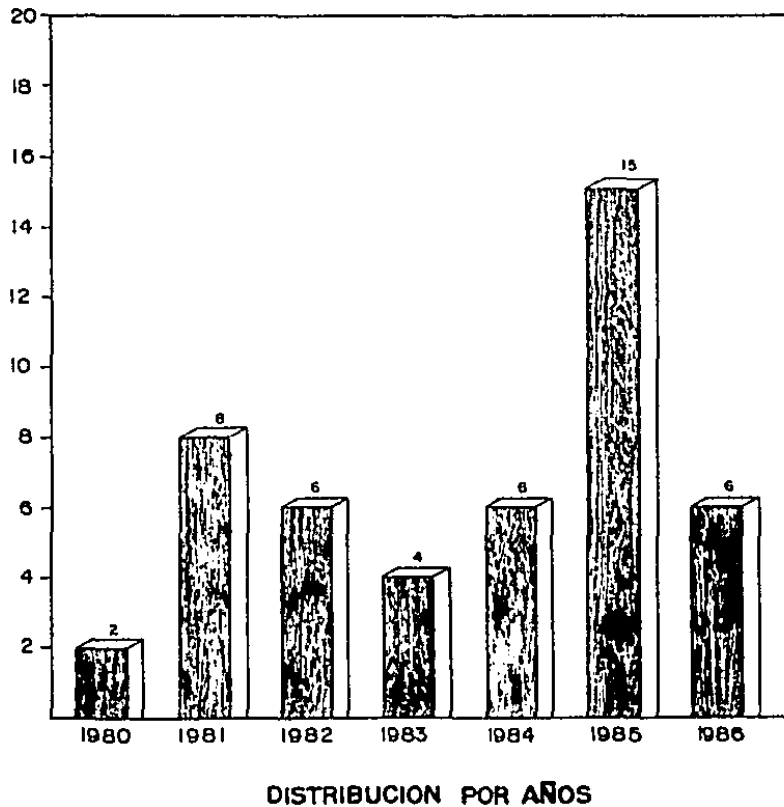
El lado derecho se encontró afectado en 28 pacientes (59.6%) y el izquierdo en 19 (40.4%). No hubo ningún caso de tumor en riñón único, ni de tumor renal bilateral.

La distribución por años de los casos citados fue de la siguiente manera: 2 en 1.980, ocho en 1981, seis en 1.982 cuatro en 1.983, seis en 1.984, quince en 1.985 y seis en 1.986. (Fig. I)

En cuanto a sus manifestaciones clínicas lo que más frecuentemente se encontró fue el dolor presente en 31 pacientes (65.9%) y la hematuria en 30 pacientes (63.8%), seguidos por la pérdida de peso en 22 pacientes -- (45.8%) y la masa palpable en 19 (40.4%).

La tríada sintomática constituida por dolor en flanco, masa palpable y hematuria solo se presentó en 13 pacientes para constituir el 27.6 por ciento. (Cuadro III).

Figura No. 1



En cuanto al tratamiento utilizado en estos pacientes, todos fueron manejados quirúrgicamente, realizándose sistemáticamente Nefrectomía radial a través de Lumbotomía en 45 pacientes (95.75%) y solamente en 2 pacientes (4.25%) se hizo abordaje transperitoneal, cursando uno de ellos con absceso retroperitoneal. El acceso por vía lumbar se llevó a efecto - con resección de la décima primera o décima segunda costilla y en todos - los casos se pudo realizar una buena disección del tumor. En ninguno de - estos pacientes hubo absceso retroperitoneal, ni tampoco la presencia de tumor residual. (Fig. 3)

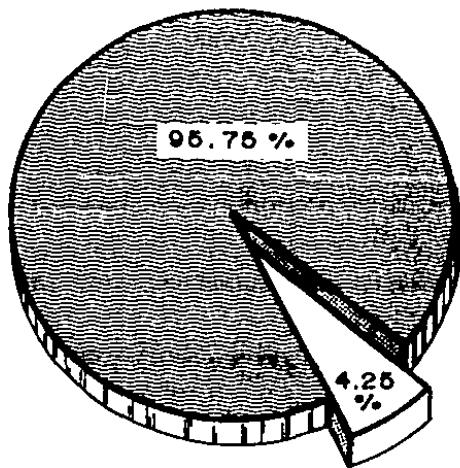
Valga la pena mencionar que durante el acto quirúrgico no se hizo en forma rutinaria linfadenectomía, este solamente se efectuó en forma aislada.

El tiempo quirúrgico osciló entre 2 horas y quince minutos y 4 horas y treinta minutos, con un tiempo promedio de tres horas. No se presentó ningún caso de muerte transoperatoria. Sistemáticamente a todos los pacientes se les realizó embolización previa a la cirugía, dicho procedimiento se llevó a cabo entre 24 y 72 horas antes de la nefrectomía. El angiografía renal se practicó generalmente al hacer la arteriografía y comprobar las características tumorales del riñón.

La técnica para la embolización fue la transfemorale de Seldinger utilizando Gelfoam y bajo analgesia peridural, mediante una punción en L2-L3, para pasar un cateter en dirección cefálica, aplicándose una dosis única de lidocaína al 2% simple, a razón de 2 mg/kg., proporcionando analgesia satisfactoria para el procedimiento, debido a que la inervación simpática del riñón tiene su origen en las fibras preganglionares de los segmentos torácicos 4 (T4) al segmento lumbar 4 (L4). Últimamente en algunos -

Figura No. 3

ABORDAJE QUIRURGICO



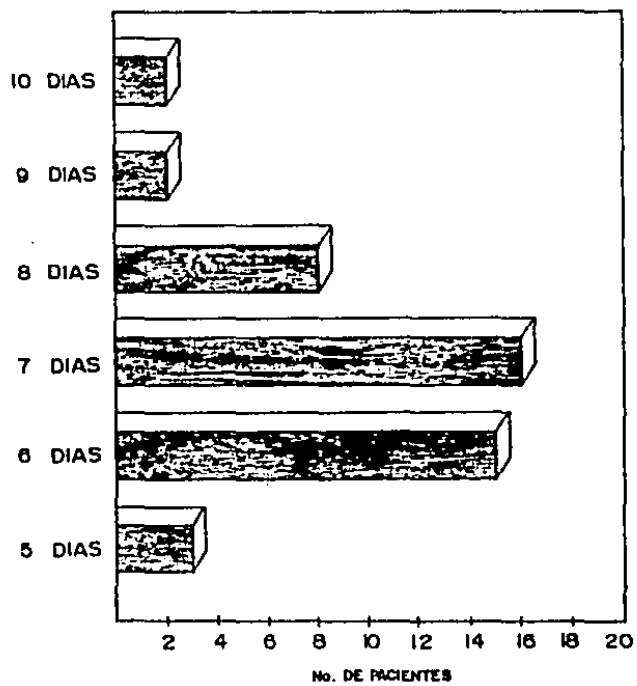
LUMBOTOMIA



TRANSPERITONEAL

Figura No. 4

ESTANCIA HOSPITALARIA



pacientes se ha utilizado bupivacaína intrarterial en el momento del procedimiento para disminuir el dolor postembolización.

El tiempo de permanencia hospitalaria después del procedimiento quirúrgico osciló entre 5 y 10 días con una estancia promedio de 6.4 días. (Fig. 4)

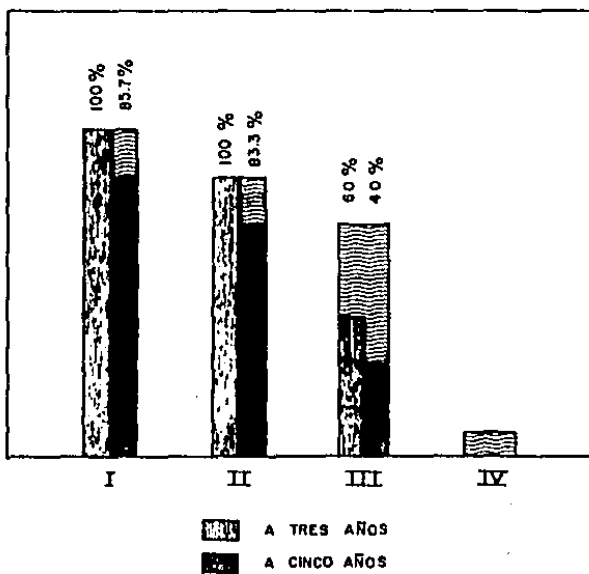
La supervivencia máxima obtenida al cierre del seguimiento de esta serie, en el estadio I fue de 84 meses; en el estadio II de 70 meses; en el estadio III de 63 meses y en el único paciente del estadio IV fue de 6 meses.

La supervivencia en el estadio I a tres años fue del 100% (7 de 7 pacientes); y a cinco años del 85.7% (6 de 7 pacientes).

En el estadio II la supervivencia a tres años fue del 100% (6 de 6 pacientes) y la supervivencia a cinco años del 83.3% (5 de 6 pacientes). En el estadio III la supervivencia a tres años fue del 60% (3 de 5 pacientes) y la supervivencia a cinco años fue del 40% (2 de 5 pacientes). En el estadio IV el único paciente de nuestra serie falleció a los seis meses a causa de insuficiencia hepática por metástasis. (Fig. 5)

Figura No. 5

SUPERVIVENCIA



DISCUSION

Esta población de pacientes se encontró muy similar a otras series en lo referente a la edad de presentación, siendo la mayor incidencia en la sexta década de la vida. Respecto a la distribución por sexos resultó una relación de 1.47 a 1, teniendo referencias de otras series de 2:1 mayor en el varón, por lo que no lo consideramos estadísticamente muy diferente. No existe predilección importante por algún lado en particular, ni tampoco importancia clínica respecto al lado afectado. En cuanto a manifestaciones clínicas de dolor, hematuria, masa palpable, anemia, eritrocitosis y hallazgo incidental, son muy parecidos nuestros resultados a los informados en la literatura mundial, excepto que la pérdida de peso se presentó en tercer lugar de importancia apareciendo en 22 pacientes constituyendo el 40.4% que es casi el doble de la mayoría de los otros autores. Así mismo la triada sintomática de dolor, hematuria y masa palpable se encontró en 13 pacientes (27.6%), lo cual nos indica lo poco frecuente en la semiología del cáncer de riñón.

El adenocarcinoma renal constituye el 85 al 90% de todos los tumores renales y aunque en cualquier tumor pueden haber todas las variaciones de patrones citológicos de crecimiento, la gran mayoría de los tumores de nuestra casuística fueron de células claras (82.9%), seguidas por las mixtas (14.8%) y las granulares (2.1%) lo cual concuerda con lo reportado por Patel y colaboradores. Es menester anotar que hay autores que señalan que la mayor parte de los adenocarcinomas son de células mixtas.

Resaltamos que un porcentaje alto de nuestros pacientes se diagnosticaron en etapas tempranas (I y II), que constituyen el 78.71%, muy probablemente porque la llegada al servicio es más precoz, por el empleo más extenso, temprano y sistemático de los auxiliares de diagnóstico, básicamente

de la urografía excretora. Este hecho aunado al manejo quirúrgico integral nos ayudará a explicar probablemente las altas tasas de supervivencia arrojadas por nuestro estudio. También la proporción de tumores metastásicos es muy inferior a la mayor parte de las publicaciones.

Mención importantísima merece al hecho de haber sistematizado la embolización de todos los tumores preoperatoriamente ya que además de permitir una disección más fácil y mejor contribuye a abatir el tiempo gastado en el acto quirúrgico que en nuestra población de pacientes es en promedio de tres horas, cifra inferior a la de la mayoría de las publicaciones al respecto.

Otro aspecto relevante es la vía de abordaje por LUMBOTOMIA extrapleural con resección de la costilla última que se efectuó en 45 de nuestros 47 pacientes o sea en el 95.75% que permitió extirpar la totalidad de los tumores sin las complicaciones de absceso retroperitoneal o tumores residuales reportados cuando se usan las otras incisiones clásicas, como la toracoabdominal descrita por Chute en 1.949 o la transabdominal a través de una incisión mediana y en algunos casos a través de una incisión de Chevrón.

En esta serie no se realizó linfadenectomía en forma sistemática lo cual está acorde con la tendencia de las últimas publicaciones en el sentido de la inutilidad de tal procedimiento.

Cabe mencionar que la nefrectomía en tumores metastásicos tiene utilidad por mejorar la inmunocompetencia al quitar carga tumoral.

La medroxiprogesterona usada por algunos como terapia adjunta no se utilizó, al considerar que no modifica la sobrevida.

CONCLUSIONES

UN PORCENTAJE alto de los adenocarcinomas renales pueden detectarse en etapas iniciales, si se logra llevar a cabo una oportuna atención de la sintomatología y sigurología de la entidad y si se utilizan en forma racional y temprana los métodos convencionales de diagnóstico.

El factor pronóstico más importante al momento de hacer el diagnóstico, es la etapa clínica en que se encuentre la neoplasia renal.

El angiinfarto o embolización preoperatoria es de gran utilidad - en cualquier estadio en que se encuentre el tumor, ya que facilita la disección de este, disminuye el tiempo empleado en el acto quirúrgico y consecuentemente el sangrado transoperatorio.

El abordaje lumbar extrapleural es un buen procedimiento, sobre todo si va precedido de la embolización, ya que permite la extirpación más - fácil de la gran mayoría de los tumores del riñón, disminuyendo la morbilidad y el tiempo quirúrgico en forma significativa.

La linfadenectomía no parece modificar la supervivencia en Cáncer Renal.

En nuestro medio no aplicamos terapia adyuvante con medroxiprogesterona, al considerar que no modifica tampoco la supervivencia.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Backer, J.A.; Fleming, R. ; Kanter, I.; Malicow, M.; Misleading appearances in renal angiography. Radiology, 1.967; 88:691.
- 2.- Bennington, J.L. : Cancer of the kidney: Etiology, epidemiology and - pathology. Cancer. 1,973; 32:1017.
- 3.- Blath, R.A.; Mancilla, JR; Stanley, R.: Clinical comparison between - vascular and avascular renal cell carcinoma. J. Urol., 1976; 115:514.
- 4.- Bloom, H.J.C.: Hormons induced and spontaneous regression of metastatic renal cancer. Cancer, 1973; 32:1066.
- 5.- Chute, R. Scutter, L.; Kerr, W.: The value of the thoraco-abdominal incision in the removal of kidney tumors. New Engl J. Med. 1949 :241:451.
- 6.- Chute, R.; Baron, J.A; Olsson, C.A.: The transverse upper abdominal -- Chevron incision in urological surgery J. Urol. 1968:99:528.
- 7.- De Kernion, JB: Lymphadenectomy for renal cell carcinoma : the therapy tic implications. Urol. Clin. North Am 1980; 7:697.
- 8.- De Kernion, J.B. : Renal tumors. En wels (ed): Campbell's Urology (5a. - Ed.) W.B. Saunders. Philadelphia, 1986. Pag. 1294.
- 9.- De Kernion, J.B. Fleming, K.P.; Smith, R.S.: The natural history of -- metastatic renal cell carcinoma: A computer analysis. J. Urol. 1978; 120:148.
- 10.- De Kernion, J.B. Berry, D.: The diagnosis and treatment of renal cell - carcinoma. Cancer. 1980:45:1947.
- 11.- Fred, S.Z. Halperin, Gordon, M. Idiopathic regression of metastases from renal cell carcinoma, J. Urol. 1977: 118:538.
- 12.- Gleason, J.B.: Renal tumors. En Harrison, J.H.: Gittes, R.F.; Parlmutter, A.D. (Ads): Campbell's Urology, 4a. Ed. Philadelphia W.B. Saunder. C.D. 1979. Pag. 967.
- 13.- Holland, J.W . Cancer of the kidney: natural history and results of -- treatment. Cancer, 1973; 25:1030.
- 14.- Johnson, D.F. Kaesler, K.E. : Samuels, J.L.: Is nephrectomy justified in patients with metastatic renal carcinoma. J. Urol. 1975; 114:27.

- 15.- Kantor, A.F.: Current concepts in epidemiology and etiology of primary renal cell carcinoma. J. Urol. 1.977; 117:415.
- 16.- Kaufmann, G.W . Wenzel and Fahrbech : Renal embolization: Indication and materials. Docto. Diagh. Radiol. 1981. 24(5) pag. 386-389.
- 17.- Kaisari, A.V., Williams, G. and Riddle P.R.: The role of preoperative - embolization in renal cell carcinoma. J. Urol. 1984. Apr. 131(4), pages. 641-646.
- 18.- Mc Donald, MW: Current therapy for renal cell carcinoma. J. Urol. 1982; 127:211.
- 19.- Nagamatsu, G: Dorsolumbar approach to kidney and adrenal with osteoplastic flap. J. Urol. 1950,63:569.
- 20.- Navarrete O. y Cols. Bupivacaina intrarterial para el control del dolor post-embolización Renal. Tesis de Anestesiología. H.E.CM.R. 1987.
- 21.- Oberling, C. Riviere, M.; Haquonau, F.: Ultrastructure of the clear cells in renal carcinomas and its importance for the demonstration of their -- renal origin, Nature, 1960; 186:402.
- 22.- Ochner, M.G. Brannen, W.; Pond, H.S .: Goodier, E .H . Renal cell carcinoma: Review at the Ochner Clinic. J. Urol. 1973. 110, 643.
- 23.- Patel, M.P . Lavergood, R.W; Renal Cell carcinoma: Natural history and results of treatment. J. Urol. 1978, 129:722.
- 24.- Robson, C.J . Churchill, S.M .Anderson, W: The results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma. J. Urol. 1969; 101:296.
- 25.- Skinner, G.C.: Colvin, R.B. Vermillion, C.D.: Diagnosis and anagement -- of renal cell carcinoma: A Clinical pathologic study of 309 cases. Cancer 1971. 28:1165.
- 26.- Selby D.G.: Intrarterial bupivacaina. Anesthesia and intensive care. Vol. 10 No. 2, Mayo 1982. pages. 167-169.
- 27.- Warrant, M.M . Kelalis, P.P. Utz. D.C.: The changing concept of hyper-nephroma. J. Urol. 1970; 104:376.

- 28.- Wendth, A.J. Luther, P.; Carlick W.B. : Renal carcinoma: A 5 year retrospective overlook. J. Urol. 1974. 111:456.
- 29.- Wdrich, W.C. et al: The use of intra-arterial lidocaine to control - pain due to aorto-femoral arteriography. Radiology, 124. 1977 pags. 43-45.
- 30.- Wynder, E.L. .: Mabuchi, K.; Withmore, W.F.: Epidemiology of the — adenocarcinoma of the kidney. J. Natl. Cancer Inst. 1974, 53:1674.