

5
24 11246

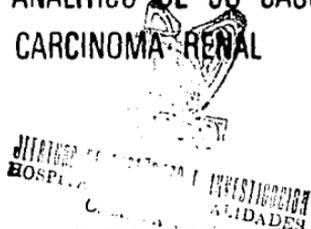


Universidad Nacional Autónoma de México.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN UROLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO
MEDICO "LA RAZA", IMSS, MEXICO, D. F.

ESTUDIO ANALITICO DE 50 CASOS DE CARCINOMA RENAL

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



TESIS DE POSTGRADO
que presenta al término del curso el
DR. JOSE IGNACIO LOPEZ PELAEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:
DR. FERNANDO GOMEZ ORTA

ASESOR DE LA TESIS:
DR. LUIS CARLOS SANCHEZ MARTINEZ



MEXICO, D. F. 1990



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 está 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.

I N D I C E

I.- INTRODUCCION

II.- INCIDENCIA

III.- ETIOLOGIA

IV.- PATOLOGIA

V.- CUADRO CLINICO

VI.- DATOS DE LABORATORIO

VII .- ESTUDIOS DE GABINETE

VIII.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

IX.-ESTADIFICACION

X.- TRATAMIENTO

XI.- PRONOSTICO

XII.- MATERIAL Y METODOS

XIII.- CONCLUSIONES

XIV .- BIBLIOGRAFIA

ESTUDIO ANALITICO DE 50 CASOS DE CARCINOMA RENAL

I.- INTRODUCCION

Al carcinoma renal se le reconoció como entidad nosológica y se le describió científicamente desde hace más de un siglo. (1, 2, 3) Robin y Waldeyer concluyeron que su origen era de epitelio tubular.

Grawitz, en 1883 consideró su origen de restos adrenales intrarrenales, ya que encontró un patrón celular similar al de células de origen suprarrenal. (2, 3)

La base para el actual conocimiento del tumor fue propuesto por Gilbert en 1938.

Sinonimia: -Hipernefroma

- Carcinoma hipernefroide
- Carcinoma de células claras
- Carcinoma alveolar
- Adenocarcinoma renal
- Carcinoma renal

II.- INCIDENCIA

Esta patología se presenta en todas las edades, aún cuando predomina en adultos, con su mayor incidencia en la sexta década de la vida. (2)

Shell, Hammer, Smith y Machiz reportaron en 1973 un aumento en la incidencia en la infancia. (4, 5)

Lackey afirma que en el New York Cancer Registry se considera que uno de cada 771 individuos desarrollará cáncer renal. (1, 2)

Glenn reportó en 1964 y 1966 la prevalencia del sexo masculino sobre el femenino en una relación de 2 a 1.

Harrison declaró en 1963 que el rango de muertes por neoplasia renal en 1940 fue de 1.8 por 100 mil por año, 20 años después fue de 2.76 por 100 mil por año. (2)

Mullin sugiere su coexistencia con otras patologías, como el Síndrome de Von Hippel-Lindau. (6, 27)

Diversos autores han descrito la aparición del tumor en forma espontánea en animales de laboratorio. (7)

Horning reportó la aparición de neoplasia bajo efecto de altas dosis de estrógenos. (8)

III.- ETIOLOGIA

Desconocida. Se han propuesto diversas teorías acerca de la misma como:

Dukes propone en 1961 factores geográficos, ocupacionales, genéticos, virales, hormonales y químicos. (9, 10)

Hay una mayor incidencia en las zonas urbanas que en las rurales, lo que apoya la teoría de exposición a contaminantes. (11, 12)

Paulson y Mickey sugieren la relación del tumor y la exposición a algunos virus. (13, 14, 15)

IV.- PATOLOGIA

Macroscópica

El cancer renal es usualmente unilateral, no tiene predilección por un sitio o lado determinado y es, por lo general, solitario; pero puede ser multifocal o incluso bilateral, sincrónico o asincrónico. (16)

No es posible determinar el sitio exacto de su origen en una pieza quirúrgica, dado su tamaño y desarrollo. (17)

Característicamente el tumor es firme, nodular y encapsulado, a pesar de rebasar los límites del riñón. (18)

Pueden encontrarse zonas de hemorragia y necrosis en componentes quísticos. (19)

El tumor puede reemplazar totalmente el tejido normal, invadir tejidos vecinos o infiltrar vasos sanguíneos, linfáticos y órganos contralaterales.

Los factores patológicos que determinan el pronóstico y sobrevida son la extensión anatómica (estadio), el tipo de displasia (grado) y, ultimamente, las características del DNA. (20, 21, 22)

Microscópica

Podemos encontrar patrones papilares, quísticos, tubulares y acinares. Las células características encontradas son de tipo claro, pero hay grupos oscuros y granulares. (19, 20)

Se describe un grupo llamado oncocitoma, de comportamiento relativamente benigno; pero en ocasiones muy agresivo. Es grande, pardo, bien delimitado y sus células tienen gran número de mitocondrias. (23, 24, 25)

El cancer renal puede asociarse a otras patologías malignas o benignas. (26)

V.- CUADRO CLINICO

Se menciona la clásica triada de dolor, masa abdominal y hematuria; pero es raro encontrar estos datos juntos, representando el 50% o menos, y de éstos, el 47% ya tiene metástasis. (36)

El hallazgo es muchas veces incidental. (37, 38, 39)

Es común encontrar síntomas y signos que reflejan la toxicidad sistémica o efectos endócrinos; son los llamados síndromes paraneoplásicos. (40)

El dolor es el síntoma más común y se presenta en un 40 a 50%.

La Hematuria se presenta en el 60% de los casos. En un 30% hay masa abdominal palpable. (41, 42, 43)

Encontramos también cefalea, pérdida de peso, astenia, anorexia, y sintomatología gastrointestinal. (60%). (42)

VI.- LABORATORIO

- Examen general de orina: hematuria y proteinuria.
- Biometría hemática: anemia o policitemia (5%).
- Pruebas de funcionamiento hepático: alteración de la relación albúmina-globulina y pruebas de tendencia hemorrágica prolongadas. (10 a 15%).
- Otros elementos detectables son: renina, ACTH, enteroglucagon, prolactina, insulina, gonadotropinas y calcio, (15%). (1, 2).

VII.- ESTUDIOS DE GABINETE**Urografía excretora:**

De 7 a 10 % muestra calcificaciones. En las placas contrastadas vemos deformidad o desplazamiento del sistema pielocaliceal, amputación o exclusión de uno o más sistemas colectores, alteración en los límites y tamaño del contorno renal y exclusión renal. (45, 46, 47, 48, 49, 50)

Pielografía ascendente:

Proporciona datos similares a la urografía, ayuda a dibujar mejor el sistema pielocaliceal. (51, 52)

Ultrasonografía:

Sirve para diferenciar una masa sólida de una quística, valora la presencia de trombos vasculares y metástasis en otros órganos. (53, 54, 45).

Medicina nuclear:

Proporciona información sobre vascularidad y función renal, así como presencia de metástasis en otros órganos y estructuras. (1, 2)

Tomografía computada:

Tiene gran precisión en cuanto a densidades y estadificación (91%) se puede usar con medio de contraste, útil para detectar tumores residuales en pacientes ya operados. (55, 56, 57)

Angiografía:

Efectiva en un 90% a 95%, con un margen de error de 10% en tumores necróticos o hipovasculares. Es terapéutica y diagnóstica, ya que el tumor renal presenta datos típicos en su vascularidad: lagos venosos, microaneurismas, fístulas arteriovenosas, hipervascularidad, deformidad de vasos. (58, 59, 60).

La venografía detecta trombos en vena renal o vena.

Placa de tórax y tomografía lineal de tórax

Detecta nódulos pulmonares metastásicos y ayuda en la valoración cardiovascular preoperatoria.

VIII.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es importante distinguirlos de otros tumores que se originan en retroperitoneo, benignos y malignos:
 Lobulaciones fetales, hipertrofia de columnas de Bertin, abscesos angiomolipomas. (61, 62)
 Metástasis de otros órganos. (26)
 Tumores de pelvis renal. (63, 64, 65, 66)
 Tumor de Wilms. (67, 68, 69, 70)
 Tumores suprarrenales. (71, 72, 73)
 Tumores de retroperitoneo. (74, 75)

IX.- ESTADIFICACION

Se han propuesto varias gráficas para estadificar el cancer renal:
Flocks y Kadesky (2)

- Estadio I - tumor limitado al riñón.
- Estadio II - invasión del pedículo renal o la grasa perirrenal, o ambos.
- Estadio III - nódulos linfáticos regionales afectados.
- Estadio IV - Metástasis distantes demostrables.

Robson, Churchill y Anderson (2)

- Estadio I - Tumor confinado al riñón.
- Estadio II - invasión a grasa perirrenal, pero dentro de la cápsula de Gerota.
- Estadio III - diseminación local
 - A. vena renal o vena cava inferior
 - B. nódulos linfáticos locales
 - C. afección vascular y linfática
- Estadio IV - enfermedad avanzada
 - A. suprarrenales y órganos adyacentes
 - B. metástasis distantes.

Holland (2)

- Estadio I - tumor dentro del riñón
- Estadio II - invasión tumoral a grasa perirrenal, confinado a la fascia de Gerota.
- Estadio III - afección tumoral de linfáticos regionales y/o vena renal y cava.
- Estadio IV- metástasis a órganos cercanos o distantes.

X.- TRATAMIENTO

Se propone básicamente el tratamiento quirúrgico, empleando diversas vías de abordaje, para realizar la nefrectomía radical, tales como: lumbotomía, vía anterior, insición de Chevron y toracoabdominal. (76, 77, 78, 79, 80, 81)

La nefrectomía radical implica el control temprano de los vasos, sobretodo si no ha sido embolizado el tumor. Consiste en extirpación en bloque de riñón, Gerota, suprarrenal, ganglios locales y vasos renales. (82, 83, 84)

La linfadenectomía es posiblemente inútil, ya que es efectiva en un 30%. (85, 90)

Se ofrece cavotomía y embolectomía con buenos resultados en el estadio III. (86, 87, 88, 89, 91)

La embolización pre operatoria mejora las condiciones de la cirugía y es de gran utilidad en tumores localizados. (92, 93, 94)

En enfermedad diseminada, la nefrectomía promueve en si la regresión espontánea de metástasis solitarias. (95, 96)

El uso de agentes antitumorales es útil. (97)

Kaiser y Hodson hacen notar el reto quirúrgico que representan los tumores en riñón único, en ambos riñones, en riñones en herradura y ectópicos. (28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35)

Tratamiento no quirúrgico

El manejo hormonal más usado es a base de Acetato de medroxiprogesterona, 100 mgs cada 8 hrs. por vía oral. (8)

Ni la radioterapia, ni la quimioterapia han probado ser efectivas. (98, 99, 100)

La inmunoterapia se encuentra en vías de investigación. (101, 102, 103)

El manejo con interferón reporta respuestas parciales, con un 50% de regresión y menos del 50% con cambios objetivos. (7, 104, 105, 106).

El tumor autólogo homogeneizado, polimerizado, radiado, e inyectado intravenosamente ha mostrado respuestas favorables. (99)

XI.- PRONOSTICO (107, 108)

La sobrevida a 10 años es del 97% en pacientes de 20 a 40 años, en buenas condiciones sociales, ambientales y físicas.

Estadio I: A 5 años es de 79% y a 10 años es de 73%

Estadio II: A 5 años es de 40% a 10 años de 36%.

Estadio III: A 5 años es de 24% y a 10 años de 18%

Estadio IV: A 5 años es de 8% y a 10 años menos del 1%.

XII.- MATERIAL Y METODOS

Se analizan 50 casos de pacientes con cáncer renal, los cuales se encuentran en control por el Servicio de Urología en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

SEXO Y EDAD

CUADRO 1
MASCULINO

EDAD	No.	%
40 - 45	3	6
45 - 50	3	6
50 - 55	10	20
55 - 60	7	14
60 - 65	1	2
65 - 70	6	12
70 - 75	3	6
75 - 80	3	6
TOTAL	36	72

Fuente: Archivo del Servicio de UROLOGIA del C.M.R.

CUADRO 2
FEMENINO

EDAD	No.	%
35 - 40	1	2
40 - 45	1	2
45 - 50	2	4
50 - 55	6	12
55 - 60	1	2
60 - 65	1	2
65 - 70	2	4
TOTAL	14	28

Fuente: Archivo del Servicio de UROLOGIA del C.M.R.

SINTOMATOLOGIA

CUADRO 2

SINTOMAS Y SIGNOS	No.	%
DOLOR	3	6
HEMATURIA	10	20
TUMOR	1	2
DOLOR, TUMOR, HEMATURIA	6	12
HEMATURIA Y DOLOR	13	26
TUMOR Y DOLOR	4	8
HEMATURIA Y TUMOR	5	10
CRECIMIENTO TESTICULAR Y TUMOR DE CODO IZQ.	1	2
PERDIDA DE PESO	3	6
ASTENIA	2	4
ANOREXIA	2	4
TOTAL	50	100

Fuente: Archivo del Servicio de UROLOGIA del C.M.R.

PATOLOGIAS ASOCIADAS

CUADRO 3

PADECIMIENTO	No.	%
DIABETES MELLITUS	16	32
HIPERPLASIA PROSTATICA	4	8
CANCER DE PROBTATA	2	4
LITIASIS URINARIA	3	6
ANEMIA HEMOLITICA	1	2

Fuente: Archivo del Servicio de UROLOGIA del C.M.R.

ESTUDIOS

En todos los pacientes se realizaron los siguientes estudios:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Electrolitos séricos
- Pruebas de funcionamiento hepático
- Examen general de orina

Se encontró anemia importante en los pacientes que presentaron hematuria como único signo.

En 2 pacientes con afección tumoral bilateral se encontraron datos de insuficiencia renal crónica.

Ninguno presentó datos de alteraciones de pruebas de funcionamiento hepático.

ESTUDIOS DE GABINETE

CUADRO 4

UROGRAFIA EXCRETORA	44
PIELOGRAFIA ASCENDENTE	9
ULTRASONOGRAFIA	26
TOMOGRAFIA COMPUTADA	25
ANGIOGRAFIA	46
RADIOGRAFIA DE TORAX (TELE Y TOMO LINEAL)	50

Fuente: Archivo del Servicio de UROLOGIA del C.M.R.

Los hallazgos más constantes en la Urografía excretora fueron: aumento de la sombra renal, distorsión del sistema pielocaliceal y exclusión renal.

La pielografía confirmó los datos de la Urografía excretora.

La ultrasonografía apoyó junto con la Tomografía Computada el diagnóstico de tumor renal.

La angiografía demostró la naturaleza maligna y constituyó en 2 pacientes el tratamiento único al embolizarse el riñón.

LADO AFECTADO

CUADRO 5

LADO	No.	%
DERECHO	25	50
IZQUIERDO	21	42
BILATERAL	4	8
TOTAL	50	100

Fuente: Arch. del Servicio de Urología del C.M.R.

ESTA TESIS NO DEBE(9)
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El tipo de tratamiento se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 6

TIPO DE TRATAMIENTO	No.	%
NEFRECTOMIA RADICAL	42	84
NEFRECTOMIA RADICAL BILATERAL	2	4
LUMBOTOMIA EXPLORADORA	1	2
EMBOLIZACION EXCLUSIVA-MENTE	2	4
NEFRECTOMIA RADICAL DE UN LADO Y EMBOLIZACION DEL OTRO	2	4
NO ACEPTA NINGUN TRATAMIENTO	1	2

Fuente: Arch. del Servicio de Urología del C.M.R.

ABORDAJES

CUADRO 7

INCISION	No.
LUMBOTOMIA	30
TORACOABDOMINAL	14
CHEVRON	1
LINEA MEDIA	1
TORACOABDOMINAL DE UN LADO Y LUMBOTOMIA DEL OTRO	1

Fuente: Arch. del Servicio de Urología del C.M.R.

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

CUADRO 7

LESION	No.
DESGARRO DE PE- -DICULO RENAL Y/O CAVA	3
LESION PLEURAL	7
APERTURA DE PERITONEO	10
LESION DE COLON	2
LESION DE HIGADO	2

Fuente: Arch. del Servicio de UROLOGIA DEL C.M.R.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

CUADRO 8

TIPO	No.
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	5
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	2
INSUFICIENCIA RESPI- -RATORIA	4

Fuente: Arch. del Servicio de UROLOGIA del C.M.R.

ESTADIO CONFIRMADO POR PATOLOGIA

CUADRO 9

ESTADIO	No.	%
I	13	26
II	16	32
III	10	20
IV	11	22

Fuente: Arch. del Servicio de UROLOGIA del C.M.R.

CARACTERISTICAS CELULARES

CUADRO 10

TIPO HISTOLOGICO	No.
CELULAS CLARAS	35
CELULAS CLARAS Y GRANULARES	5
CELULAS GRANULARES	3
MIXTO DE UN LADO Y CLARAS DEL OTRO	1
CLARAS CON COMPONENTE QUISTICO	2

Fuente: Arch. del Servicio de Urología del C.M.R.

RELACION ENTRE ETAPA TUMORAL Y SOBREVIDA

CUADRO 11

ETAPA	SOBREVIDA	No.
I	menor de 1 año	2
	1 - 5 años	6
	5 -10 años	4
II	menor de 1 año	7
	1 - 5 años	9
	5 -10 años	2
III	menor de 1 año	1
	1 - 5 años	6
	5 -10 años	1
	10 -15 años	1
IV	menor de 1 año	4
	1 - 5 años	4
	5- 10 años	2
	10- 15 años	1
TOTAL		50

Fuente: Arch. del Servicio de UROLOGIA del C.M.R.

MORTALIDAD

CUADRO 12

ETAPA	TIEMPO DE SOBREVIVENCIA POSTOPERATORIA	CAUSA DE MUERTE	No.
IV	15 días	falla orgánica múltiple	1
IV	8 meses	metástasis cerebrales	1

Fuente: Arch. del Servicio de Urología del C.M.R.

XIII.- CONCLUSIONES

Después de revisar los datos de los pacientes concluyo lo siguiente:

- 1.- Predominio del sexo masculino sobre el femenino de 2.5 a 1.
- 2.- Las manifestaciones clínicas se presentan cuando el tumor ya involucra más allá de los límites del parénquima renal, siendo los más constantes la hematuria y el dolor en forma conjunta.
- 3.- El estadio más frecuente en esta serie es el II (B, de Robson)
- 4.- A pesar de apoyo que representa la angiografía y la tomografía axial computada, en la estadificación, aún no hay método diagnóstico para detectar el tumor en forma temprana.
- 5.- El tratamiento de elección hasta el momento es quirúrgico de tipo radical.
- 6.- No hay otra clase de terapia que apoye o sustituya a la cirugía.
- 7.- Es posible tratar con éxito tumores de presentación bilateral.

XIV .- BIBLIOGRAFIA

- 1.- D.E.JOHNSON:TUMORES DEL APARATO URINARIO.EN D.R.SMITH UROLOGIA GENERAL.MANUAL MODERNO.1985.284.
- 2.- J.F.GLENN: RENAL TUMORS.EN CAMPBELL'S UROLOGY.SAUNDERS. 1979,967.
- 3.- SALVAT.GRAWITZ.EN DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS.SALVAT.1984.455.
- 4.- J.ASPIROZ.: TUMORES FRECUENTES EN PEDIATRIA.EN VALENZUELA. MANUAL DE PEDIATRIA.INTERAMERICANA.1982.612.
- 5.- GUILLIO J. D'ANGIO.TUMORS.UPPER URINARY TRACT. EN P.P. KELALIS.CLINICAL PEDIATRIC UROLOGY.SAUNDERS.1985.1157.
- 6.- K.R.LOUGHLIN.UROLOGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH VON HIPPEL-LINDAU'S DISEASE.J.UROL.136.789.1986.
- 7.- T.ONISHI: HIPERTERMIA WITH SIMULTANEOUS ADMINISTRATION OF INTERFERON USING ESTABLISHED HUMAN RENAL CARCINOMA HETERO-IMPLANTED IN NUDE MICE.BRITISH JOURNAL OF UROLOGY.1989.63.227
- 8.- FERID M..ESTROGENOS Y PROGESTAGENOS.EN A.GOODMAN.LAS BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA.PANAMERICANA.1984.386.
- 9.- B.G.BEST: RENAL CARCINOMA: A TEN-YEAR REVIEW.BRITISH JOURNAL OF UROLOGY.1987.60.100.
- 10.- AP.HILL: EPIDEMIOLOGY OF RENAL CANCER.EN SKINNER Y LIESKOVSKY. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GENITOURINARY CANCER.SAUNDERS.1988. 32.
- 11.-G.AZCARRAGA: TUMORES.EN G. AZCARRAGA.UROLOGGIA.1969.51.
- 12.-FH. NETTER: TUMORES RENALES MALIGNOS.EN F.H.NETTER.COLECCION CIBA DE ILUSTRACIONES MEDICAS .RIÑONES,URETEROS Y VEJIGA URINARIA. 1984.206.
- 13.- MEDICINE.RIÑON Y NEOPLASIA.MEDICINE.1987.44.
- 14.- NEYRA ARGOTE: CARCINOMA RENAL.BOL.COL.MEX.UROL.2.55.1987.
- 15.- LEAL SIERRA H.:TUMORES DEL RIÑON.BOL.COL.MEX.UROL.5.120.1988.
- 16.-A.W.HAM: APARATO URINARIO.EN AW.HAM. TRATADO DE HISTOLOGIA. INTERAMERICANA.1975.694.
- 17.- ELIAHU MUCKAMEL: INCIDENTAL SMALL RENAL TUMOR ACCOMPANYING CLINICALLY OVERT RENAL CELL CARCINOMA.J.UROL.137.22.1987.
- 18.- W.A.D. ANDERSON: TUMORES. EN W.A.D. ANDERSON.ANATOMIA PATOLOGICA BASICA.MOSBY.1980.363.
- 19.- STANLEY C. ROBINS.CARCINOMA DE CELULAS RENALES.EN PATOLOGIA BASICA .STANLEY C. ROBINS.INTERAMERICANA.1984.483.
- 20.- G.R.DICKERSIN: PATHOLOGY OF RENAL TUMORS.EN SKINNER AND LIES- KOVSKY.DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GENITOURINARY CANCER. SAUNDERS.1988. 118.
- 21.- B.LJUNDBERG: RENAL CELL CARCINOMA IN A SOLITARY KIDNEY:LATE NEPHRECTOMY AFTER 35 YEARS AND ANALYSIS OF TUMOR DNA CONTENT. J.UOL.139.350.1988.
- 22.- L.M. RAINWATER: WELL DIFERENTIATED CLEAR RENAL CELL CARCINOMA :SIGNIFICANCE OF NUCLEAR DNA PATTERNS STUDIED BY FLOW CYTO- METRY.J.UROL.137.1987.15.
- 23.- K.E.PSIHRAMIS: FURTHER EVIDENCE THAT RENAL ONCOCYTOMA HAS MALIGNANT POTENTIAL.J.UROL.139.585.1988
- 24.- CHOI.H: RENAL ONCOCYTOMA.A CLINICOPATHOLOGIC STUDY.CANCER. 51.1887.1983.

- 25.- RASPA: BILATERAL RENAL ONCOCYTOMA: REPORT OF 2 CASES AND REVIEW OF LITERATURE. J.UROL. 133.458.1985.
- 26.- M.S.RAUL: NEOPLASIAS SECUNDARIAS DEL RIÑON. BOL. COL. MEX. UROL. 1.123.1980.
- 27.- W.F.SPENCER: SURGICAL TREATMENT OF LOCALIZED RENAL CELL CARCINOMA IN VON HIPPEL-LINDAU'S DISEASE. J.UROL. 139.507.1988.
- 28.- A.C.NOVIK: CONSERVATIVE SURGERY FOR RENAL CELL CARCINOMA: A SINGLE CENTER EXPERIENCE WITH 100 PATIENTS. J.URO. 141.835.1989.
- 29.- SCHIFF M.J.: TREATMENT OF SOLITARY AND BILATERAL RENAL CARCINOMA. J.UROL. 121.581.1979.
- 30.- SMITH R.B.: BILATERAL RENAL CELL CARCINOMA AND RENAL CELL CARCINOMA IN THE SOLITARY KIDNEY. J.UROL. 132.450.1984.
- 31.- ZINCKE H.: BILATERAL RENAL CELL CARCINOMA: INFLUENCE OF SYNCHRONOUS AND ASYNCHRONOUS OCCURENCE ON PATIENTS SURVIVAL. J.UROL. 128.913.1982.
- 32.- MARSHALL F.: THE FEASIBILITY OF SURGICAL ENUCLEATION FOR RENAL CELL CARCINOMA. J.UROL. 135.231.1986.
- 33.- A.C.NOVIK: MANAGEMENT OF LOCALLY RECURRENT RENAL CELL CARCINOMA AFTER PARTIAL NEPHRECTOMY. J.UROL. 138.607.1987.
- 34.- M. CARINI : CONSERVATIVE SURGICAL TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA: CLINICAL EXPERIENCE AND REAPPRAISAL OF INDICATIONS. J.URO. 140.726.1988.
- 35.- S.D.GRAHAM: NEFRECTOMIA PARCIAL. EN J.F.GLENN. CIRUGIA UROLOGICA. SALVAT. 1986.85.
- 36.- T.R.PRITCHETT: CLINICAL MANIFESTATIONS AND TREATMENT OF RENAL PARENCHYMAL TUMORS. EN SKINNER AND LIESKOVSKY. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GENITOURINARY CANCER. SAUNDERS. 1988.337.
- 37.- I.M.THOMPSON: IMPROVEMENT IN SURVIVAL OF PATIENTS WITH RENAL CELL CARCINOMA, THE ROLE OF SE (EN) DIPLOUSLY DETECTED TUMOR. J.UROL. 140.487.1988.
- 38.- KONNACK J.W.: RENAL CELL CARCINOMA AS AN INCIDENTAL FINDING. J.UROL. 134.1094.1985.
- 39.- T. UEDA: INCIDENTAL DETECTION OF RENAL CARCINOMA DURING RADIOLOGICAL IMAGING. BRITISH JOURNAL OF UROLOGY. 59.513.1987.
- 40.- B.LYTTON: TUMORES DEL APARATO URINARIO. EN HARRISON. MEDICINA INTERNA. LA PRENSA MEDICA MEXICANA. 1981.1751.
- 41.- E.S.AMIS: RADIOLOGIC MANIFESTATIONS OF UROLOGIC HEMORRAGE. EN M.M.BERN. URINARY TRACT BLEEDING. FUTURA. 1985.111.
- 42.- L.FELDMAN: ANGIOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND CONTROL OF GENITOURINARY HEMORRAGHE. EN M.M. BERN. URINARY TRACT BLEEDING. FUTURA. 1985.163.
- 43.- M.I. RESNICK: RENAL MASS. EN DECISION MAKING IN UROLOGY, MOSBY. 1985.8.
- 44.- M.J.DROLLER: RENAL CELL CARCINOMA/ONCOCYTOMA. EN M.I. RESNICK. DECISION MAKING IN UROLOGY. MOSBY. 1985.92.
- 45.- D.A.GLENN: RENAL CARCINOMAS MISSED BY UROGRAPHY. BRITISH JOURNAL OF UROLOGY. 63.457.1989.
- 46.- W.B.BOSWELL: DIAGNOSTIC IMAGING IN GENITOURINARY CANCER. EN SKINNER Y LIESKOVSKY. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GENITOURINARY CANCER. MOSBY. 1988.237.
- 47.- WINTHROP PRODUCTS INC.: ATLAS RADIOGRAFICO, USO DE LOS RADIOPACOS. EN WINTHROP PRODUCTS. 1957.8.

- 48.- EMMETT-WITTEN: TUMORES DEL APARATO GENITOURINARIO. EN EMMETT. UROGRAFIA CLINICA. SALVAT. 1982. 103.
- 49.- H.S. MELLINS: RADIOLOGY OF THE URINARY TRACT. ENCAMPBELL'S UROLOGY. SAUNDERS. 1978. 222.
- 50.- A.J. PALULUNSKAS: IMAGNES DE VIAS URINARIAS. EN D.R. SMITH MANUAL MODERNO. 1985. 52.
- 51.- WINTHROP PRODUCTS INC. PIELOGRAFIA RETROGRADA. EN WINTHROP PRODUCTS. 195759.
- 52.- E.K. LANG: UROLOGIA INVASORA. EN D.R. SMITH. MANUAL MODERNO. 1985. 102.
- 53.- J.A. BECKER: TÉCNICAS Y APLICACIONES DE LA SONOGRAFIA Y LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA. EN EMMETT-WITTEN. UROGRAFIA CLINICA. SALVAT. 1982. 213.
- 54.- E.H. SMITH: ULTRASOUND. EN CAMPBELL'S UROLOGY. SAUNDERS. 1978. 278.
- 55.- F.H. NETTER: RADIOLOGIA. EN F.H. NETTER. COLECCION CIBA DE ILUSTRACIONES MEDICAS. TOMO VI. SALVAT. 1984. 89.
- 56.- H.C. ABRAMS: COMPUTED TOMOGRAPHY OF THE KIDNEY. EN CAMPBELL'S UROLOGY. SAUNDERS. 1978. 292.
- 57.- T. LARA: EXPLORACIONES RADIOLOGICAS RENALES. T. LARA. MEDICINE 28. 108. 1987.
- 58.- WINTHROP PRODUCTS INC.: ANGIOGRAFIA. EN WINTHROP PRODUCTS INC. 1957. 31.
- 59.- R.E. FULTON: TECNICAS Y APLICACIONES DE LA ANGIOGRAFIA RENAL. EN EMMETT - WITTEN. UROGRAFIA CLINICA. SALVAT. 1982. 93.
- 60.- H.L. ABRAMS: RENAL ARTERIOGRAPHY. EN CAMPBELL'S UROLOGY. SAUNDERS. 1978. 298.
- 61.- M.J. DROLLER: ANGIOMYOLIPOMA. EN M.I. RESNICK. DECISION MAKING IN UROLOGY. MOSBY. 1985. 96.
- 62.- R.S. TAYLOR: RENAL ANGIOMYOLIPOMA ASSOCIATED WITH LYMPH NODE INVOLVEMENT AND RENAL CELL CARCINOMA IN PATIENTS WITH TUBEROUS SCLEROSIS. J. UROL. 141. 930. 1989.
- 63.- J.P. RICHIE: CARCINOMA OF THE RENAL PELVIS AND URETER. EN SKINNER Y LESKOSKY. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GENITOURINARY CANCER. SAUNDERS. 1988. 323.
- 64.- R.F. GITTES: TUMORS OF THE URETER AND RENAL PELVIS. EN CAMPBELL'S UROLOGY. SAUNDERS. 1978. 1010.
- 65.- F.H. NETTER: TUMORES DE PELVIS Y URETER. EN F.H. NETTER. COLECCION CIBA DE ILUSTRACIONES MEDICAS. TOMO VI. SALVAT. 1984. 208.
- 66.- R.V. NAVARRETE: TUMORES RENALES Y DE VIAS URINARIAS. MEDICINE. 31. 23. 1987.
- 67.- B.H. HARDY: WILM'S TUMOR. EN SKINNER Y LIESKOVSKY. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GENITOURINARY CANCER. SAUNDERS. 1988. 362.
- 68.- R. RABINOWITZ: WILM'S TUMOR. EN M.I. RESNICK. DECISION MAKING IN UROLOGY. MOSBY. 1985. 94.
- 69.- J.R. WOODWARD: TUMOR DE WILMS. EN J.F. GLENN. CIRUGIA UROLOGICA. SALVAT. 1986. 103.
- 70.- F.H. NETTER: TUMOR DE WILMS. EN COLECCION CIBA DE ILUSTRACIONES MEDICAS. TOMO VI. SALVAT. 1984. 212.
- 71.- J.P. DONOHUE: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ADRENAL TUMORS. EN SKINNER Y LIESKOVSKY. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GENITOURINARY CANCER. SAUNDERS. 1988. 372.
- 72.- R.B. RHAMY: ASYMPTOMATIC ADRENAL MASS. EN M.I. RESNICK. DECISION MAKING IN UROLOGY. MOSBY. 1985. 206.
- 73.- M. LEMMER: RENAL ADENOCARCINOMA WITH SOLITARY METASTASIS

- TO THE CONTRALATERAL ADRENAL GLAND:REPORT OF 2 CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE.J.UROL.141.1177.1989.
- 74.- D.G.SKINNER: PRIMARY RETROPERITONEAL TUMORS.EN SKINNER AND LIESKOVSKY .DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF GENITOURINARY CANCER. SAUNDERS.1988.390.
- 75.- E.D.KURSH: PRIMARY RETROPERITONEAL TUMORS.EN M.I.RESNICK. MOSBY. 1985.98.
- 76.- L.TESTUT:REGION COSTOILIACA. EN L.TESTUT.ANATOMIA TOPO-GRAFICA.SALVAT.1948.25.
- 77.- H.E.GREWE:INTERVENCIONES SOBRE EL RIÑON.EN H.E.GREWE. ATLAS DE TECNICAS QUIRURGICAS.SALVAT.1965.635.
- 78.- J.LAPIDES:NEOPLASIAS DEL TRACTO GENITOURINARIO.EN H.N. HARKINS.PRINCIPIOS Y PRACTICA DE CIRUGIA.INTERAMERICANA. 1965.1132.
- 79.- J.T.GRAYHACK:NEOPLASIAS DEL APARATO URINARIO.EN D.C.SABISTON. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA.INTERAMERICANA.1981.1717.
- 80.- F.H.NETTER: NEFRECTOMIA.EN F.H.NETTER.COLECCION CIBA DE ILUSTRACIONES MEDICAS.TOMO VI.SALVAT.1984.270.
- 81.- J.BURDEN: LOS RIÑONES.EN PAUL F. NORA.CIRUGIA GENERAL. SALVAT.1981.853.
- 82.- J.T.GRAYHACK: NEFRECTOMIA.EN J.F.GLENN.CIRUGIA UROLOGICA. SALVAT.1986.61.
- 83.- C.J.ROBSON: NEFRECTOMIA RADICAL.EN J.F.GLENN.CIRUGIA UROLO- GICA.SALVAT.1986.97.
- 84.- B.LYTTON: SURGERY OF THE KIDNEY.EN CAMPBELL'S UROLOGY.SAUN- DERS.1979.1993.
- 85.- D.E.JOHNSON: ¿ SON NECESARIAS LAS NEFRECTOMIAS RADICALES?. EPISODIOS DE UROLOGIA.1.1.1980.
- 86.- D.L.McCULLOUGH: NEFRECTOMIA CON CAVOTOMIA O CAVECTOMIA.EN J.F.GLENN.CIRUGIA UROLOGICA.SALVAT.1986.129.
- 87.- F.F.MARSHALL: SURGICAL MANAGEMENT OF RENAL CELL CARCINOMA WITH INTRACAVAL NEOPLASTIC EXTENSION ABOVE THE HEPATIC VEINS J.UROL.150.334.1988.
- 88.- R.J.NIEVES: SURGICAL TREATMENT OF RENAL CANCER WITH VENA CAVA EXTENSION.BRITISH JOURNAL OF UROLOGY.59.390.1987.
- 89.- M.K.O'DONOHUE: SURGICAL APROACH TO INFERIOR VENA CAVAL EX- TENSION OF RENAL CARCINOMA.BRITISH JOURNAL OF UROLOGY.60 492.1987.
- 90.- R.J.NIEVES: METASTATIC RENAL CELL CANCER AND RADICAL NE- PHRECTOMY: IDENTIFICATION OF PROGNOSIS FACTORSAND PATIENT SURVIVAL.J.UROL.39.1173.1988.
- 91.- D.G.SKINNER: MANAGEMENT OF RENAL CELL CARCINOMA INVOL- VING THE VENA CAVA.EN SKINNER Y LIESKOVSKY.DIAG.AND MANA- GEMENT OF GU CANCER.SAUNDERS.1988.694.
- 92.- L.R.COSS: REPEAT SELECTIVE EMBOLIZATION OF SOLITARY KIDNEY WITH RENAL CELL CARCINOMA:CASE REPORT.J.UROL.141.115.1989.
- 93.- M.M.LIEBER:ROLE OF PARTIAL NEPHRECTOMY IN MANAGEMENT OF RENAL TUMORS,INCLUDING SURGICAL TECHNIQUE.EN SKINNER Y LIES- KOVSKY.DIAG. AND MANAGEMENT OF GU CANCER.SAUNDERS.1988.704
- 94.- M.TOPLEY: LONG TERM RESULTS FOLLOWING PARTIAL NEPHRECTOMY FOR LOCALIZED RENAL ADENOCARCINOMA.J.UROL.131.1050.1984.
- 95.- T.ONISHI: NEPHRECTOMY IN RENAL CARCINOMA WITH DISTANT METASTASIS.BRITISH JOURNAL OF UROLOGY.63.600.1989.
- 96.- M.K.DINEEN: RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RENAL CELL
-

- CARCINOMA WITH SOLITARY METASTASIS. J.UROL.140.277.1988.
- 97.- R.P.KONCHANIN: PREOPERATIVE DESVASCULARIZATION OF ADVANCED RENAL ADENOCARCINOMA USING SCLEROSING AGENTS. J.UROL.137.199.1987.
- 98.- M.S. HUBERMAN: THE ROLE OF CHEMOTHERAPY IN THE MANAGEMENT OF HEMATURIA DUE TO NEOPLASMS OF THE URINARY TRACT. EN M.M.BERN.URINARY TRACT BLEEDING.FUTURA.1985.291.
- 99.- R.VON ROEMELING: PROGRESIVA METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA CONTROLLED BY CONTINUOUS 5- FLUO-2-DEOXYURIDINE INFERON. J.UROL. 139.259.1988.
- 100.- M.SINGH: INHIBITION OF HUMAN RENAL CELL CANCER BY METHOTREXATE LINKED TO A MONOCLONAL ANTIBODY. J.UROL.141. 428.1989.
- 101.- A.BELLDEGRUN: RENAL TOXICITY OF INTERLEUKIN-2 ADMINISTRATION IN PATIENTS WITH METASTATIC RENAL CELL CANCER: EFFECT OF PRE-THERAPY NEPHRECTOMY. J.UROL.141.499.1989.
- 102.- J.E.FOWLER: FAILURE OF IMMUNOTHERAPY FOR METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA. J.UROL.135.22.1986.
- 103.- A.BELLDEGRUN: ANTI-TUMOR REACTIVITY OF HUMAN LYMPHOKINE ACTIVATED KILLER (LAK) CELLS AGAINST FRESH AND CULTURED PREPARATIONS OF RENAL CELL CANCER. J.UROL.139,150,1988.
- 104.- T.FUJITA: ANTITUMOR EFFECTS OF LYMPHOID INTERFERON ON ADVANCED RENAL CARCINOMA. J.UROL.139.256.1988.
- 105.- M.B.GARNICK: PHASE I/II STUDY OF RECOMBINANT INTERFERON GAMMA IN ADVANCED RENAL CELL CARCINOMA. J.UROL.139.251.1988.
- 106.- G.SARNA: INTERFERON IN RENAL CELL CANCER. CANCER.59,610.1987.
- 107.- DE KERNION : TREATMENT OF ADVANCED RENAL CELL CARCINOMA, TRADITIONAL METHODS AND INOVATIVE APPROACHES. J.UROL.130. 2.1983.
- 108.- McDONALD: CURRENT THERAPY FOR RENAL CELL CARCINOMA. J.UROL. 127,211.1987.

ooooo