



11242
43
29

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL "MANUEL AVILA CAMACHO"



"ESTADIFICACION DEL CA
RENAL POR TC"

TESIS DE POST-GRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:
RADIOLOGIA E IMAGEN

PRESENTA:

DR. MIGUEL PEREZ IBARRA



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PUEBLA, PUE.

259077

1998

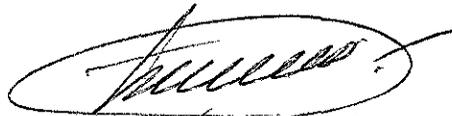


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

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.



DR. ARTURO GARCÍA VILLASEÑOR
JEFE DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO " M. AVILA CAMACHO "
PUEBLA



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
C.M.N. " MAC " PUEBLA.



JEFATURA DE EDUCACION
MEDICA E INVESTIGACION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

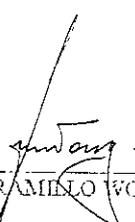
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

C.M.N. M A C. PUEBLA

DR. MIGUEL PEREZ IBARRA

TESIS QUE PRESENTA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA

EN RADIOLOGIA E IMAGEN



DR. VICENTE JARAMILLO WONG
ASESOR
MEDICO - RADIOLOGO
ADSCRITO HE CMN - CMN. PUEBLA



DR. FIDEL BARRANCA MONTEIL
ASESOR
MEDICO OFTALMOLOGO
ADSCRITO HE CMN - M A C. PUEBLA

PARA ARACELI:

POR TODO LO QUE ME HA DADO, COMO
ESPOSA Y COMPAÑERA. POR LOS MOMENTOS
DIFICILES QUE HA COMPARTIDO CONMIGO

A MIS HIJOS :

MIGUEL ANGEL, JUAN CARLOS Y JOSE EDUARDO
QUE SIGUEN SIENDO MI ESTIMULO, PARA
ENFRENTARME A LOS OBSTACULOS QUE TIENE
LA VIDA

A MIS PADRES:

POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE HE
TENIDO SIEMPRE.

A MIS HERMANOS:

POR QUE NOS MANTENGAMOS UNIDOS AL
PASO DEL TIEMPO.

A LOS DRES:

VICENTE JARAMILLO W.

FIDEL BARRANCA M.:

POR SU PACIENCIA Y TIEMPO DEDICADO
PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO

A MIS MAESTROS Y

COMPAÑEROS: POR LOS MOMENTOS Y ENSEÑANZAS QUE
COMPARTIMOS JUNTOS.

INDICE

	Página
Introducción	1
Antecedentes.....	2
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos.....	5
Hipótesis.....	6
Programa de trabajo	7
Resultados.....	10
Discusión.....	17
Conclusiones.	18
Bibliografía.....	19

INTRODUCCION

El presente trabajo, es un estudio que se realizó sobre el CA renal y su estadificación por TC.

Donde se estudiaron 14 pacientes con CA renal, que estaban siendo atendidos en el HE, CMN, MAC, IMSS, Puebla.

Observandose la utilidad de la TC para su estadificación así como el compromiso de la vena cava inferior, y la afectación a otros órganos que nos sirvieron para la estadificación misma.

A todos los pacientes se les efectuó estudio de TC en fase simple y fase contrastada.

Posteriormente de acuerdo a la clasificación de Robson, se estadificó este tumor. Agrupandose los resultados en tablas y representandolos en gráficas.

ANTECEDENTES:

2

El adenocarcinoma renal es el tumor primario maligno más común de este organo (1). Representando del 85-90% de todos los tumores del riñón y del 2 al 3% de todas las neoplasias del organismo (2).

El carcinoma de células renales deriva del epitelio tubular siendo más frecuente en la 6a y 7a década de la vida, y en hombres que en mujeres en una proporción de de 2:1 (3). Recientemente existe una tendencia que indica un incremento en la frecuencia del CA renal en jóvenes particularmente en femeninos.

El crecimiento del carcinoma de células renales es lento, pero puede estar localmente avanzado (4),(5),(6),(7),(8).

La precisión con métodos usuales de imagen, se acerca al diagnóstico de adenocarcinoma en un 100% (9).

Un tercio de pacientes tienen metástasis al tiempo del diagnóstico inicial (3).

Progresos significativos han sido hechos en la década pasada y en la actual, usando técnicas de imagen para diagnosticar y estadificar esta enfermedad.(10),(11).

Despues del diagnóstico, la estadificación de la enfermedad es necesaria para el manejo y tratamiento adecuado, que se relaciona directamente con el pronóstico (1),(2).

El CA renal puede ser evaluado por ultrasonido y por TC en fase simple o contrastada con una total precisión (12),(13).

La completa precisión del ultrasonido le ha dado un lugar apareciendo este como efectivo, no invasivo, no peligroso, y que puede ser usado para determinar el estadio del CA renal, con una exactitud del 77.8% (14).

Algunos autores sugieren que el ultrasonido, puede ser reservado para el estudio y estadificación de trombo tumoral en la vena cava inferior, intrahepático, vena renal, o cuando la TC contrastada no se puede realizar y la TC simple no da una

respuesta clara (15), (16), (17).

El ultrasonido es una excelente técnica, para la detección del CA renal, no puede ser usada sola como técnica para estadificar.

La TC contrastada determina el estadio del CA renal más adecuadamente que la TC simple y el ultrasonido. Sin embargo - no se puede prescindir de ningún método en un momento dado. La clasificación comunmente usada para estadificar, incluye la de Robson y la clasificación de TNM (18), (19).

La clasificación de Robson se utiliza esencialmente para acercarse a la estadificación quirúrgica. La TNM es un sistema más específico que correlaciona la posible curación y el pronóstico. (2).

ESTADIFICACION DE ROBSON.

- I Tumor contenido dentro de la capsula renal.
- II Tumor que se localiza en la grasa perinefrítica, pero dentro de la fascia de Gerota.
- III A Trombo localizado en la vena renal. Y/o vena cava inf.
- III B Metástasis a linfáticos regionales.
- III C Trombo venoso y metástasis a linfáticos regionales.
- IV A Invasión a organos adyacentes fuera de la fascia de Gerota.
- IV B Metástasis a distancia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El CA renal es muy frecuente, siendo su mortalidad muy alta.

Un gran número de pacientes tienen metástasis a otros órganos al momento del diagnóstico inicial.

La estadificación del CA renal se hace necesaria, para poder ofrecer alternativas de tratamiento y emitir un pronóstico.

En nuestra unidad cuál fué el grado de afectación renal y de otros órganos al momento del diagnóstico. Utilizando - como método de estudio y diagnóstico a la TC.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de extensión del CA renal y su estadi-
ficación por medio de TC de abdomen, de acuerdo a la -
clasificación de Robson. En el hospital de especialidades
C.M.N. M.A.C., Puebla Pue del IMSS.

OBJETIVO ESPECIFICO

- 1.- Identificar los hallazgos tomográficos en pacientes
con CA renal.

HIPOTESIS

Ho.- El grado de afectación renal y a otros órganos, en el CA renal cayó dentro de los primeros estadios de la clasificación de Robson.

H1.- El grado de afectación renal y a otros órganos no cayó dentro de los primeros estadios de la clasificación de Robson.

PROGRAMA DE TRABAJO

7

Límites.- El Estudio tuvo una duración de 12 meses, que abarcó del mes de julio de 1995 al mes de junio de 1996.

Espacio.- Hospital de especialidades del C.M.N., M.A.C. departamento de radiodiagnóstico.

Recursos humanos.- Investigados, médico radiólogo, asesor - estadístico.

Recursos materiales.- Hojas, papel y lápiz.

Recursos financieros.- Los propios del investigador y de la unidad.

Universeo de trabajo.- Fueron todos los pacientes, que acudieron al servicio de radiodiagnóstico, para que se les efectuara estudio de TC renal y con diagnóstico de CA renal.

Criterios de inclusión.- Edad sin límite, pacientes que tuvieron expediente clínico completo, que tuvieran TC renal, y además con reporte histopatológico de CA renal.

Criterios de exclusión.- Pacientes que tenían expediente clínico incompleto, pacientes que no tuvieron TC renal, y con reporte distinto al de CA renal.

Tipo de estudio.- Retrospectivo, longitudinal, observacional.

METODO DE ESTUDIO

Se recabó del expediente clínico, la edad, sexo, reporte histopatológico y se anotaron en la hoja de recolección de datos.

La TC se revisó y comentó con el médico radiólogo asesor anotando los hallazgos en la hoja de recolección de datos y de acuerdo a estos hallazgos se estadificó el CA renal. Posteriormente todos los resultados se agruparon de acuerdo a su estadio.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 36 pacientes, a los cuales se les había efectuado TC de abdomen por tener diagnóstico de CA renal, de los meses de julio de 1995 a junio de 1996. De los cuales se seleccionaron 14 pacientes, el resto fué excluido por no contar con expediente clínico completo, - carecer de TC o bien por no tener el diagnóstico de CA renal en el reporte histopatológico.

10 pacientes fueron del sexo masculino y 4 fueron del sexo femenino. Con un promedio de edad de 58.2 años (tabla 1)

El rango de edad fué de 45 a 71 años.

El rango de los 4 pacientes femeninos fué de 56 a 71 años, con un promedio de 63.5 años.

El rango de edad de los 10 pacientes masculinos fué de 45 a 65 años, con un promedio de 53.8 años.

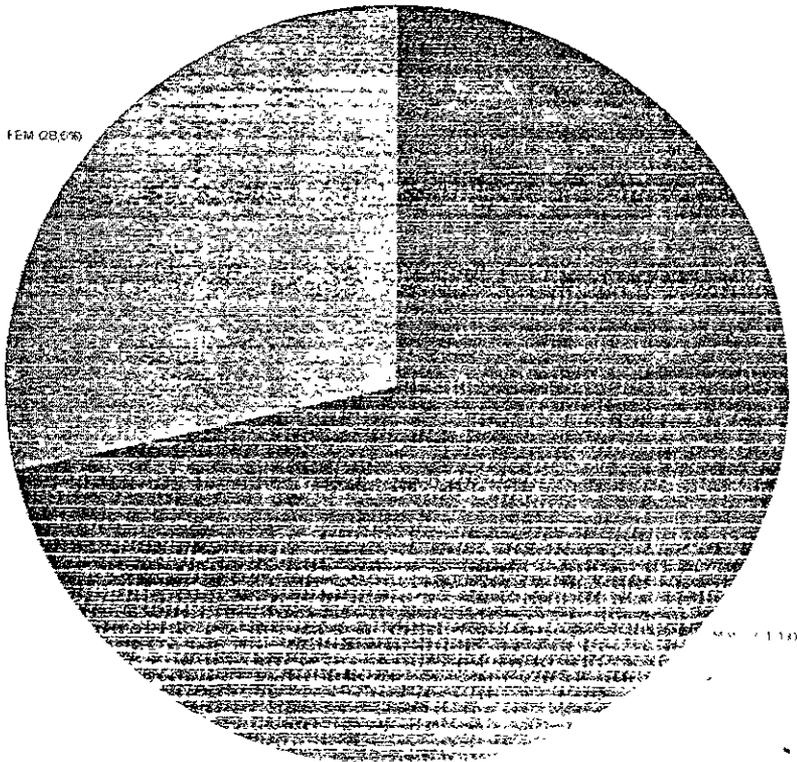
TABLA I

Pacientes por sexo

PACIENTES	MASC	%	FEM	%
	10	71.4	4	28.6

Fuente: Archivo clínico HE CMN. MAC.

GRAFICA 1 PACIENTES POR SEXO



FUENTE: ARCHIVO CLINICO

VEASE TABLA I

HE CMN MAC.

De acuerdo a la clasificación de Robson se encontró, que ningún paciente se etapificó como grado I, en etapa II se encontro un paciente (7.1%), en etapa IIIa ninguno, etapa IIIb 3 pacientes (21.4%), IIIc 2 pacientes (14.3%) Fig. 1, IVa 4 pacientes (28.6%) Fig. 2, IVb 4 pacientes- (28.6%). Tabla II.

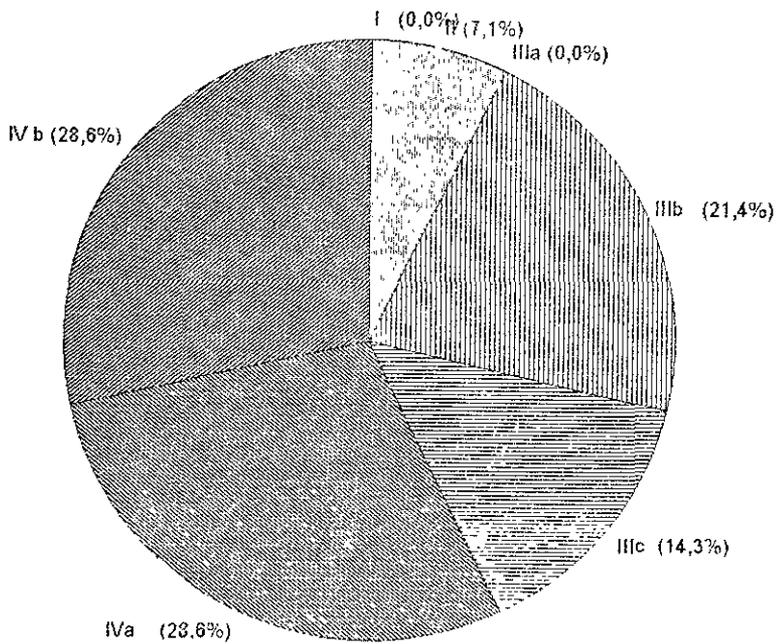
TABLA II
PACIENTES CON CA RENAL POR ETAPAS

ETAPA	PACIENTES	%
I	0	0
II	1	7.1
IIIa	0	0
IIIb	0	0
IIIc	2	14.3
IV a	4	28.6
IV b	4	28.6
TOTAL	14	100.00

Fuente: Archivo radiológico HE CMN

MAC.

GRAFICA II CA RENAL ETAPAS



VEASE TABLA II

FUENTE: Archivo radiológico HE CMN MAC.

4 pacientes tuvieron afectación de la VCI, 2 de ellos tenían afectación del riñón derecho (14.28), uno tenía afectación del riñón izquierdo (7.14%), y uno tenía afectación renal bilateral (7.14%) Tabla III.

TABLA III
CA RENAL CON AFECTACION A VCI

RIÑON	PACIENTES	%
DER.	2	14.28
IZQ.	1	7.14
BILAT.	1	7.14
TOTAL	4	28.58

FUENTE: Archivo clínico y
radiológico del HE CMN MAC.

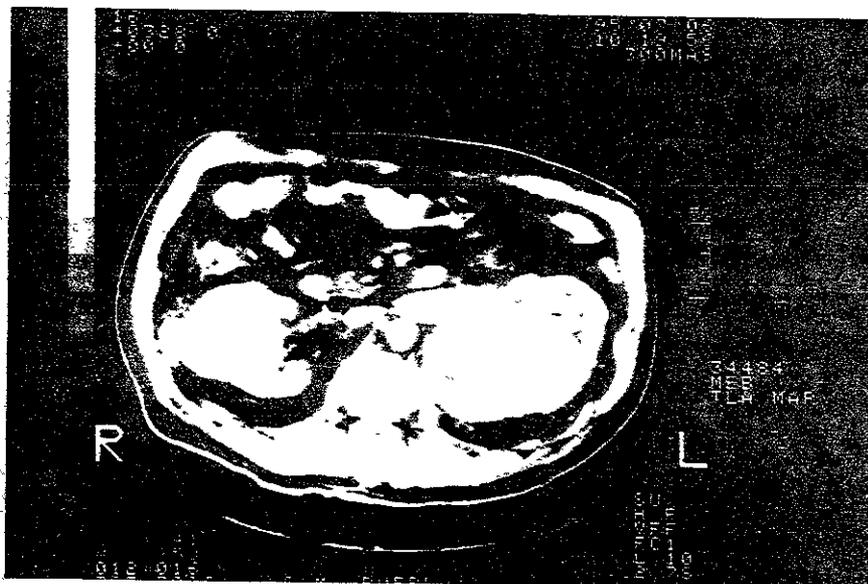


Fig. 1.- CA renal bilateral presencia de ganglios para-aórticos. trombo tumoral en vena renal izq. y en VCI. que corresponde a una etapa IIIC

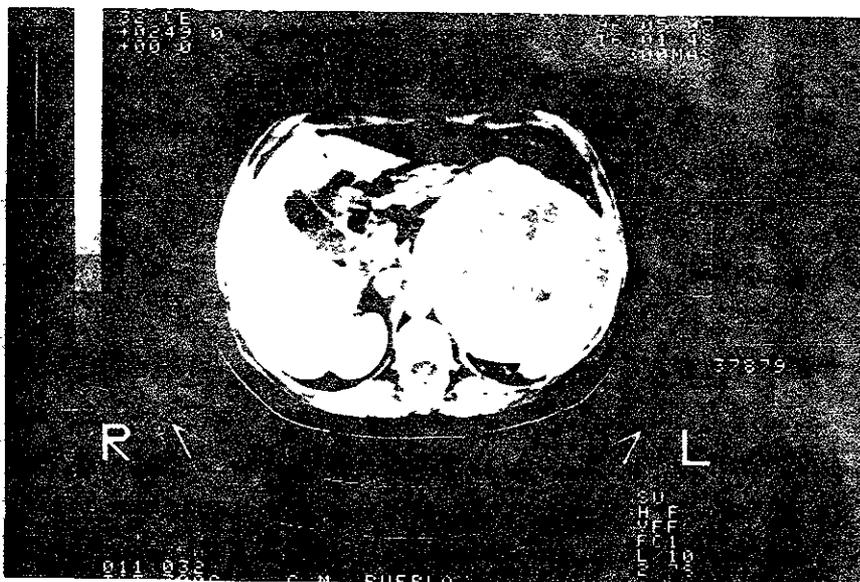


Fig.2 .- Tumor renal izq. que compromete la pared costal, y al musculo cuadrado lumbar. Corresponde a una etapa IVA.

DISCUSION

Nosotros encontramos en relación a la frecuencia por sexo, en nuestro grupo de estudio que esta es más alta en el - sexo masculino que en el femenino, siendo de 71.42% en los primeros y de 28.58% en los segundos, concordando con los datos obtenidos por Smith.

Dentro de la etapificación; encontramos que el CA renal se presenta más frecuentemente en estadios III y IV. Encontrando solamente un paciente en etapa II.

Lo que refleja que la mayoría de pacientes se diagnostican en etapas avanzadas como lo manifiesta Mevorach. Y que - tienen metástasis a otros órganos como lo refiere McClenan.

Nuestros resultados no concuerdan con los de Bassil, que refiere que un tercio de todos los pacientes se etapifican en estadio I.

Lo que encontramos en relación a la presencia de CA renal del lado derecho y a la invasión de la VCI, no es de interés, en este caso coincidimos con la mayoría de autores que no lo toma en cuenta.

CONCLUSIONES

Se concluye que la TC en nuestro medio sigue siendo un método ideal para diagnósticar y etapificar el CA renal . La mayoría de los pacientes se etapificaron en estadios-tardios III y IV, que nos indica que existe una deficiencia en la utilidad de los parámetros clínicos, para poder detectar esta patología en etapas tempranas.

Se deberán investigar nuevas estrategias en la búsqueda intencionada de esta enfermedad por métodos de imagen. Además de elaborar un índice clinimétrico en el diagnóstico del CA renal, correlacionado con los métodos de imagen, intentando que el diagnóstico se establezca lo más tempranamente posible, para poder ofrecer un mejor pronóstico.

Es necesario además proporcionar educación médica a los profesionales encargados de la atención médica, para que tengan interés en esta patología. Así como la educación a la población en riesgo y población abierta.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Zagoria, R.J., Bechtold, R.E., Dyer, R.B., Staging of Renal Adenocarcinoma: Role of Various imaging procedures. AJR, 164:363-370, 1995.
- 2.- McClennan, B.L., Deyoe, L.A. :The imaging evaluation of renal cell carcinoma: diagnosis and staging. Radiologic Clinics of North America., 32:55, 1994.
- 3.- Mevorach, R.A., Segal, A.R., Tersegmo, M.E. :Renal carcinoma :Incidental diagnosis and natural history: Review of 235 cases. Urology., 39:159, 1992.
- 4.- Boring, C.C. Squires, T.S., Young, T. :Cancer statistics, 1993. Cancer J. Clin., 43:7, 1993.
- 5.- Birnbaum, B.A., Bosniak, M.A., Megibow, A.J. : Observations on the growth of renal neoplasms. Radiology., 176: 695, 1990.
- 6.- Dinney, C.P., Awad, S.A., Gajowk, J.B. :Analysis of imaging Modalities ,staging systems, and prognostic indicators for renal cell carcinoma ., Urology., 39:122, 1992
- 7.- Smith, S.J., Bosniak, M.A. Megibow, A.J. :Renal cell carcinoma :Earlier discovery and increased detection., Radiology., 170: 699, 1989.
- 8.- Warshaver, D.M., McCarthy, S.M., Street, L. : Detection of renal masses. Sensitivities and specificities of excretory urography, linear tomography, US and CT., Radiology 169: 363, 1988.
- 9.- Zagoria, R.J., Wolfman, N.T., Karstaed, N. :CT features of renal cell carcinoma with emphasis on relation to tumor size. Invest Radiol., 25:261, 1990.
- 10.- McClennan, B.C. : TC in the diagnosis and staging of renal cell carcinoma. Semin Urol., 3: 111, 1985.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 11.-McClennan ,B.L.: Oncologic imaging staging and follow up renal and adrenal,carcinoma.,Cancer.,67:1199,1991.
- 12.-Hricak,H., Demas,B.E., Williams,R.D.: Magnetic resonance imaging in the diagnosis and staging of renal and perirrenal neoplasms. Radiology., 154: 709, 1985.
- 13.-Hricak,H.,Theoni,R.F., Carroll, P.R.:Detectionand staging of renal neoplasms: a reassessment of M.R. imaging., Radiology., 166:643,1988.
- 14.-Frohmuller,H.G.W.,Grups,J.W.,Heller,V.:Comparative value of ultrasonography,computerized tomography,angiography and excretory urography in the staging of renal cell-carcinoma. J.Urol., 13:482, 1987.
- 15.-Foster, W.C.,Roberts,L.,Halverssen,R.A.,Dernick, N.R.: Sonography of small renal masses with indeterminant,density characteristics on computed tomography. Urol.Radiol. 10:59, 1988.
- 16.-Didier,D.,Rache,A., Etievent,J.P., Weill,F.: Tumor trombus of the inferior vena cava secondary to malignant abdominal neoplasms: US and TC evaluatins., Radiology. 162:83,1987.
- 17.-Sahwerk, W.B.,Schawerk,W.N.,Rudeck,G.:Venous renal tumor extension:a prospective US evaluation. Radiology., 156: 491,1985.
- 18.-Robson,C.J., Churchill,B.M.,Anderson,W.: The results of radical nefrectomy for renal,cell carcinoma. J.Urol., 101: 297,1969.
- 19.-Bassil,B.Dosoretz.D.,Preut,G.R.: Classification and -staging of renal cell carcinoma. Cancer., 35:152, 1995.