



ARTÍCULO ORIGINAL

Cirugía conservadora en tumores sólidos del riñón

Pedro Silva Isis, Farfán Chávez Fernando A., Osorio Acosta Vicente, García García Adolfo, Matos Lobaina Eibis, De la Cruz Alvarez Manuel, Cuendias Abreu Beatriz

RESUMEN

Antecedentes. La cirugía conservadora se ha convertido en un tratamiento a tener en cuenta para pacientes con tumores sólidos del riñón.

Material y métodos. 60 pacientes con diagnóstico de tumor sólido de riñón sometidos a cirugía conservadora desde 1983 hasta el 2003, con seguimiento entre seis meses y 20 años.

Criterios de inclusión. Cirugía obligada (monorrenos y tumor bilateral), aconsejable (enfermedades genéticas) y opcional (Tí-2NOMO).

Resultados. Predominó el sexo masculino (32 varones). La edad osciló entre 35 y 74 años (promedio de 46.5). El carcinoma más frecuente fue el de células renales (55%), seguido por el angiomiolipoma (27.7%) y otros (17.3%). El tamaño osciló entre 9 cm y 1.5 cm, para un promedio de 3.8 cm. La mortalidad fue de 11.6%, 5% por diseminación, 5% por enfermedad genética y 1.6% con cirrosis hepática no relacionada a la enfermedad de base. Las complicaciones fueron un caso con fístula urinaria resuelta con catéter doble J y la reintervención por hemorragia en dos pacientes.

Conclusiones. La cirugía conservadora en los tumores sólidos de riñón constituye una alternativa eficaz de tratamiento, siempre y cuando se respeten los

SUMMARY

Antecedents. The conservative surgery it has become an option treatment in patients with solid tumors of kidney.

Material and methods. 60 patients with diagnosis of solid tumor of kidney subjected to conservative surgery from 1983 up to 2003, pursuit among 6 months and 20 years.

Inclusion approaches. Torced surgery (monorrenos and bilateral tumor), advisable (genetic illnesses) and optional (Tí-2NOMO).

Results. The sex masculine (32 men) prevailed. The age oscillated between 35 and 74 years (average 46.5). Carcinoma of renal cells prevailed (55%), followed by angiomiolipoma (27.7%) and other (17.3%). The size oscillated between 9 cm and 1.5 cm for an average of 3.8 cm. The mortality was on 11.6%, 5% for dissemination, 5% with genetic illness and 1.6% with hepatic cirrhosis not related to the base illness. The complications were a case with urinary fistula resolved with double catheter J and reintervention for hemorrhage in two patients.

Conclusions. The conservative surgery in the solid tumors of kidney constitutes an effective alternative of treatment provided the selection approaches are respected reaching 90% of surgical success and a bigger survival to 5 years.

Key words: conservative surgery, solid tumors of kidney and survival.

criterios de selección, alcanzando un 90% de éxito quirúrgico y una supervivencia mayor a cinco años.

Palabras clave: cirugía conservadora, tumor sólido de riñón y supervivencia.

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía radical es considerada desde hace muchos años el tratamiento de elección para los tumores sólidos del riñón. Con el surgimiento de la cirugía conservadora, que incluye tumorectomía y nefrectomía parcial, se han cambiado los criterios a favor de esta opción, a pesar de que existen grandes temores por la posible recidiva local o metástasis.^{1,2,4} No obstante, aún no han sido bien establecidos los criterios de inclusión para los tumores sólidos del riñón en los que se piense realizar esta técnica quirúrgica (cirugía aconsejable, opcional u obligada).^{3,4,6-8}

La importancia de este procedimiento incluye la necesidad de preservar la función renal en pacientes monorrenos, con sincronismo tumoral bilateral, cáncer renal unilateral con daño contralateral y sujetos con enfermedades sistémicas en quienes se puede poner en riesgo la vida, ya que la nefrectomía conlleva empeoramiento de la función renal.

El diagnóstico en etapas tempranas de esta afección, la presencia de un factor hereditario en la aparición del cáncer y la existencia de tumores benignos hacen también cada vez mayor la indicación de la cirugía conservadora.^{9,10}

OBJETIVO GENERAL

Mostrar los resultados de este procedimiento, aplicando las técnicas establecidas actuales para la disección y resección, que permitan ofrecer una mayor seguridad en la evolución de pacientes seleccionados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron las historias clínicas de 60 pacientes con el diagnóstico de tumor sólido de riñón sometidos a cirugía conservadora en el servicio de Urología del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", desde 1983 hasta el 2003, con un seguimiento de entre seis meses y 20 años.

Criterios de inclusión

Se tomaron los siguientes parámetros:

Cirugía obligada

1. Pacientes monorrenos (independientemente del tamaño del tumor).
2. Tumor renal bilateral.
3. En afecciones que afectaran la función renal y en quienes la extracción del órgano no garantizaba la vida del paciente.

Cirugía aconsejable

1. Pacientes con enfermedades genéticas (enfermedad de Von Hippel Lindau, enfermedad de Boumeville, enfermedad de Von Recklinhausen, enfermedad de Birt-Hogg-Dubé).
2. Pacientes con enfermedades sistémicas con predisposición a insuficiencia renal.

Cirugía opcional

1. Tumor sólido menor de 5 cm de diámetro.
2. Tumor en etapa T1-2.
3. Situado periféricamente o en uno de sus polos.
4. De fácil acceso quirúrgico.
5. Pacientes jóvenes.

Criterios de exclusión

1. Todo paciente que se negara a este tipo de cirugía.

A todos los pacientes se les realizó el diagnóstico de tumor renal mediante ultrasonido y tomografía axial computarizada y un seguimiento posoperatorio durante los dos primeros años cada tres meses y posteriormente cada seis meses, quedando a partir de cuatro años una vez al año siempre mediante ultrasonido abdominal u otro estudio, según el resultado histológico, midiéndose así otros factores relacionados con la evolución, como complicaciones posoperatorias, recidivas locales, metástasis y supervivencia.

RESULTADOS

Entre septiembre de 1983 hasta junio del 2003 se realizó cirugía conservadora a 60 pacientes con diagnóstico de tumor sólido de riñón. La edad osciló entre 35 y 74 años para una edad promedio de 46.5 años.

El sexo predominante fue el masculino (32 varones y 28 mujeres), sin grandes diferencias clínicas entre ambos.

El resultado histológico correspondió en mayor número al carcinoma de células renales (55%), seguido por el angiomiolipoma (27.7%) y otros (17.3%) (ver **cuadro 1**).

Entre estos 60 pacientes se encontró bilateralidad del proceso tumoral en siete casos, uno de ellos con oncocitoma renal y el resto con carcinoma de células renales.

Con respecto al tamaño del tumor, varió entre y 1.5 y 9 cm, para un promedio de 3.8 cm. Predominó la existencia de un solo tumor en el riñón (95%) y de varios en tres casos (5%).

En cuanto al tipo de operación realizada hubo predominio de la cirugía aconsejable por las características de los pacientes en este grupo de enfermedades genéticas de Von Recklinhausen y Von Hippel Lindau (en total seis pacientes) y de afecciones predisponentes a insuficiencia renal, como diabetes mellitus, hipertensión arterial maligna y antecedente de operaciones previas en riñón contralateral, en otros 22 casos.

Respecto a la evolución posoperatoria, se registró recidiva tumoral en tres casos, atribuyéndoseles a distintos factores de riesgo como la multiplicidad tumoral en el mismo órgano, bordes de sección, tamaño del tumor mayor de

5 cm en un caso y presencia de enfermedades genéticas (enfermedad de Von Hippel Lindau). Esto fue detectado mediante ultrasonido abdominal y TAC del abdomen superior.

Otros siete pacientes fallecieron, tres por diseminación después de 38 y 48 meses, tres por ser portadores de enfermedades genéticas (siendo la principal causa de muerte las afecciones cerebelosas que desarrollaron) y uno por cirrosis hepática no relacionada con la enfermedad de base, por lo que la mortalidad de la serie fue de 11.9%. Teniendo en cuenta las complicaciones inherentes a la técnica quirúrgica, en esta casuística presentamos un caso con fístula urinaria (calicial) resuelta mediante tratamiento endourológico (colocación de catéter doble J durante dos meses) y la reintervención por hemorragia en dos pacientes que evolucionaron después en forma satisfactoria.

Cuadro 2

| Tipo de operación | Núm. de pacientes | % |
|------------------------------|-------------------|------------|
| Grupo I cirugía obligada | 15 | 25 |
| Grupo II cirugía aconsejable | 28 | 46.67 |
| Grupo III cirugía opcional | 17 | 28.33 |
| Total | 60 | 100 |

Fuente: servicio de Urología, H.H.A. 2003

Cuadro 1. Resultado histológico

| Tipo de tumor | Núm. de casos | % |
|--|---------------|------------|
| Ca de células renales | 33 | 55.0 |
| Angiomiolipoma | 16 | 27.7 |
| Otros: | 11 | 17.3 |
| Adenoma papilar con cambios xantomatosos | 1 | |
| Oncocitoma | 6 | |
| Quiste calcificado | 1 | |
| Nefroma multiquístico | 1 | |
| T. de células yuxtglomerulares | 1 | |
| Osteoma | 1 | |
| Total | 60 | 100 |

Fuente: servicio de Urología, H.H.A. 2003

COMENTARIO

Partiendo del hecho que la cirugía conservadora de tumores sólidos del riñón siempre ha sido un tema polémico, dado el temor de recidiva local y de metástasis o diseminación, hoy día resulta mayor el número de adeptos a este procedimiento, ya que se ha comprobado que los factores de riesgo son similares a los de la cirugía radical, siempre y cuando se tengan en cuenta los criterios de inclusión para realizar esta técnica.^{2,3,4,6}

No obstante, otros autores resaltan la cirugía conservadora obligada donde su indicación es indiscutible, como lo destaca Steinbach y colaboradores en pacientes con función renal afectada, proceso tumoral bilateral y monorrenos.⁶

La etapa clínica en la que se encontraban estos pacientes fue TINOMO, lo cual coincidió con lo publicado en la literatura internacional; sin embargo, el tamaño del tumor constituyó uno de los factores de riesgo en la recidiva, metástasis o ambas, pues las dimensiones del tumor en el acto quirúrgico fueron mayores a 5 cm, encontrándose un caso de 9 cm que correspondió a un paciente monorro, por lo que resultó justificada la cirugía conservadora. En la literatura se han establecido diámetros máximos de 3.5 cm, pero en nuestro estudio se encontró un promedio de 3.8 centímetros.

Otros autores como Osterling han planteado desde 1986 el tratamiento expectante para los tumores pequeños y asintomáticos, situación que tuvimos en cuenta en algunos casos pero que al final se decidió la cirugía por el crecimiento del tumor en un caso y la duda diagnóstica en dos, por los datos que brindó el ultrasonido (aspecto de un carcinoma y no de un tumor benigno).³ Todos los informes internacionales plantean que el carcinoma de células claras es el más frecuente y esto coincide con nuestra casuística.^{4,6,8,14-16} No obstante, tuvimos dos pacientes en observación periódica por tener diagnóstico de enfermedad de Von Hippel Lindau y que mostraron mediante estudios ultrasonográficos la presencia de múltiples lesiones tumorales de pequeñas dimensiones en distintos órganos; en estos casos consideramos que el costo-beneficio de la cirugía en realidad era escaso.

Es de resaltar que los métodos diagnósticos no son totalmente certeros para establecer el diagnóstico con respecto al tipo de tumor; la BAAF en un alto porcentaje no resulta útil; obtener la muestra para diagnóstico con otras técnicas resulta difícil por el acceso a la tumoración. La TAC y el ultrasonido tampoco constituyen estudios de alta especificidad; sólo el estudio histológico de la pieza quirúrgica ofrece el diagnóstico final y positivo del tipo de tumor.

Consideramos que el mayor riesgo de recidiva local se ubica en pacientes portadores de la enfermedad de Von Hippel Lindau, quienes con frecuencia debutan con tumores sólidos de riñón bilateral o múltiple que en un alto grado reaparecen después de la cirugía conservadora.¹¹⁻¹³ Esta apreciación coincide con lo publicado por Licht y cols. En nuestro estudio hubo dos casos que posteriormente ameritaron nefrectomía total.⁴ Lo anterior es un

dato importante, ya que este tipo de pacientes con enfermedad genética y tumor sólido han aumentado y deben ser sometidos a este tipo de cirugía.

Hoy día, urólogos oncólogos como Linchan plantean la existencia de varios tipos hereditarios de cáncer renal, como el de células claras asociado con la enfermedad de Von Hippel Lindau, el carcinoma renal familiar, el oncocitoma renal asociado al síndrome de Birt-Hogg-Dube y los dos tipos de cáncer papilar (el carcinoma papilar renal y el carcinoma renal leiomiomatoso hereditario), por lo que parece cada vez más necesario establecer un diagnóstico temprano mediante estudios genéticos que permitan determinar estrategias terapéuticas apropiadas en los distintos pacientes.^{9,10,13}

CONCLUSIONES

1. La cirugía conservadora en los tumores sólidos de riñón no conlleva un alto riesgo de recidiva tumoral, siempre y cuando se respeten los criterios de selección. Constituye una alternativa definitiva de tratamiento y logra un 90% de éxito quirúrgico y una supervivencia mayor a cinco años.
2. Las complicaciones posoperatorias de este tipo de cirugías en nuestra serie fueron insignificantes, lo que confirma que los resultados son iguales que con la nefrectomía total.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell SC, Nowick A. Management of local recurrence following radical nephrectomy or partial nephrectomy. *Urol CIÑA*. 1994;21(4):593.
2. Osorio V. Cirugía conservadora en pacientes con tumores sólidos del riñón: fundamentos y resultados. *Urol Pan*. 1999; Vol II No 1 pag 15.
3. Osterling JE, Fishman EL, Goodman SM, Marchal FF. The management of renal angiomyolipoma. *J Urol*. 1986;135:1121.
4. Licht J, Noviek AC. Nephron Sparing surgery for RCC. *J Urol*. 1993;149:1.
5. Jorgensen TM. Renal malignant in Von Hippel Lindaus disease. A case report. *Scand J Urol Nephrol*. 1993;27(3):461-4.
6. Steinbak F, Truroff JM, Storkels, *et al*. Long term experience with conservative surgery of renal

- tumors. Surgical technique, complications, results, DNA cytonetry. *Scand J Urol Nephrol*. 1993 Suppl.; 138:207-13.
7. Glenn JF, Boyce WH. Cirugía urológica. Caps. 5,6,7,10. ED"R", Habana, 1986.
8. Steinbach G, Storvel M, Muller SC, Thuroff JM, *et al*. Conservative Surgery of renal cell tumor in 140 patients: 21 years of experience. *J Urol*. 1992;148(1):29-30.
9. Marsion Linehan MD. Inherited kidney cancers provide keys to diagnosis and treatment. *Urology News*. (Cleveland Clinic Urological Institute) 2003;10(1):4.
10. Jonalhan J, Hwang, Edward M, Uchio W. Marison Linehan, *et al*. Hereditary Kidney Cancer. *Urol Clin N Am*. 2003;30:831-842.
11. Grasso M, Salonia A, Lania C, *et al*. Conservative surgery in small renal tumors: our experience. *Arch Esp Urol*. 1999 Dec;52(10):1102-7
12. Martínez Carrancio L, Monriérát R, Fernández Pérez G, *et al*. Partial nephrectomy for renal cancer in patients with a normal contralateral kidney. *Actas Urol Esp*. 1997 Nov-Dic;21(10):967-72.
13. Persad RA, Probed JL, Sharma SD, *et al*. Surgical management of the renal manifestations of the Von Hippel Lindau: A review of a United Kingdom case series. *Br J Urol*. 1997 sept;80(3):392-6
14. Buizza C, Antonelli D, Chisena S. Conservative therapy in renal carcinoma: Follow-up. *Arch Ital Urol Androl*. 1997 Apr;69(2):93-100.
15. Belussi D, Chinaglia D, Micheli E. Conservative surgery of parenchymal renal carcinoma: Urologic data from Lombardi. *Arch Ital Urol Androl*. 1997 Apr;69(2):87-91.
16. Mortie JE. Follow-up after partial o total nephrectomy for RCC. *Urol CINA*. 1994:21(4):589.