

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## Adenocarcinoma renal

\* P. Martínez S.

### RESUMEN

Se destaca el valor de los medios de exploración por imágenes ECO y TAC que contribuyen a detectar los tumores renales, pobres en sintomatología. Aún así el 56% de los pacientes se encuentra en etapas III o IV al ser operados. La Arteriografía y Cavografía siguen contribuyendo a aclarar diagnósticos dudosos y ayudan a la planificación quirúrgica. La existencia de metástasis ganglionares hiliares indica mal pronóstico. La cirugía continúa siendo el único medio terapéutico y permite tratar con buenos resultados los cánceres en riñón único o bilateral con cirugía conservadora. Hasta ahora el único tratamiento complementario útil en un número limitado de casos es el uso de Medroxiprogesterona.

### INTRODUCCION

La triada sintomática de hematuria, dolor y masa palpable se encuentra sólo en un 16% de los casos de tumor renal, aún en series en que gravitan fuertemente los estadios más avanzados. La hematuria puede estar ausente en casos muy avanzados. La presencia de una masa renal tumoral no debe pasar desapercibida en la Urografía intravenosa, pero es el uso creciente de la Ecografía abdominal y en menor grado de la Tomografía axial computada, el factor que permite el diagnóstico creciente de estos tumores a pesar de disponer de más y mejores medios diagnósticos, la distribución por estadios del Adenocarcinoma renal es la siguiente: Estadios I 3,4%; II 40%; III 30%; IV 26.6%. Sobre 117 Adenocarcinomas renales ocurridos en un mismo centro, en un período de 10 años.

### EXPLORACION DIAGNOSTICA

La conducta frente a una masa renal incluirá el uso de la Urografía Intravenosa y Ecografía en todos los casos. Según la forma en que se descubre la masa renal se habrá usado uno de los métodos señalados, primero que el otro, pero ambos son complementarios. La T.A.C. tiene la particularidad de proporcionar información en cuanto a compromiso de vena renal, vena cava, compromiso ganglionar y extensión local. Estos dos últimos hechos con poca precisión, dando falsos negativos y falsos positivos por compromiso inflamatorio ganglionar.

La Arteriografía renal que contribuyó en forma notable al diagnóstico, sigue siendo un elemento valioso en cuanto proporciona información anatómica vascular, útil para la cirugía radical, y para las resecciones tumorales con conservación del riñón.

También la arteriografía sigue aclarando aquellos casos en que persisten dudas sobre la naturaleza de una lesión: Tumores quísticos y quistes con componentes malignos.

\* Departamento de Nefrourología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Para la etapificación de la enfermedad contribuyen la Radiografía de Tórax; los exámenes de función hepática y el estudio de fosfatasas alcalinas, si estos últimos son normales no se justifica efectuar cintigrafía ósea ni hepática. La Cavografía se debe hacer en los pacientes con grandes tumores, cuando la vena renal no se visualiza en los otros exámenes ECO y TAC y en la presencia de un riñón excluido. Debe recordarse la posibilidad de metástasis silenciosas en el encéfalo.

## TRATAMIENTO

El tratamiento del Cáncer renal sigue siendo esencialmente quirúrgico. Sin embargo la presencia de tumor en los ganglios aunque se efectúe linfadenectomía, limita la sobrevida de los pacientes a no más de 20% a los 5 años, a diferencia de sobrevida de 60 a 80%, para los tumores sin compromiso ganglionar, independientemente del tamaño (Grados I y II de Robson).

La radioterapia preoperatoria no contribuye a cambiar los resultados. La radioterapia postoperatoria no prolonga la sobrevida y hay indicios que la puede disminuir.

La Cirugía ha mostrado progresos en permitir la resección de grandes tumores aún con compromiso de vena cava. La detección de tumores en riñón único y la presencia de tumores bilaterales obligó al desarrollo de resecciones conservadoras. Para ello se han utilizado procedimientos de cirugía de banco o extracorporales, que sólo se justifican en casos muy especiales. La mayoría de las resecciones tumorales pueden ser hechas *in situ* eliminando el factor isquémico prolongado sobre el riñón. La existencia de una pseudocápsula de parénquima sano permite la enucleación del tumor. Los resultados son buenos con sobrevida a 5 años de 90% para el estadio I, 50% para el estadio II y algo menor para estadios III.

Ante el compromiso ganglionar, parece clara la necesidad de algún tratamiento asociado. Hasta el presente la inmunoterapia y quimioterapia no han mostrado beneficios. El uso de la Medroxiprogesterona ha significado beneficios subjetivos para los pacientes y regresiones de metástasis parciales y completas en un pequeño número de casos. Sí, se obtiene una mayor sobrevida para los pacientes en estadios 3 y 4. Recientemente han aparecido estudios alentadores utilizando Interleucina II que deberán confirmarse.

## BIBLIOGRAFIA

1. Martínez, S.C.: "Adenocarcinoma renal avanzado. Conducta Terapéutica". *Rev. Ch. Urol.* 39: 103, 1987.
2. Martínez, S.P.; Castillo, C.O.; Martínez, V.L.: "Evaluación alejada del uso de medroxiprogesterona en carcinoma renal avanzado". *Rev. Ch. Urol.* 48: 29, 1985.
3. Long, E.: "Comparison of dynamic and conventional computed tomography, angiography y ultrasonography in the staging of renal cell carcinoma". *Cancer* 54: 2205, 1984.
4. De Kernion, J.B.: "Management of renal adenocarcinoma". *Genitourinary cancer management. Lea & Febiger.* Philadelphia 1987.
5. Van der Werf-Messing: "Carcinoma of the Kidney". *Cancer* 32: 1056, 1973.
6. Finney, R.: "The value of radiotherapy in the treatment of hypemephroma, a clinical trial". *Br. J. Urol.* 45: 258, 1973.
7. Palmer, J.M.; Swanson, B.A.: "Conservative surgery in solitary and bilateral renal cell carcinoma. Indications and technical considerations". *J. Urol.* 120: 113, 1978.
8. Rosemberg, S.A. et als.: "A progress report on the treatment of 157 patients with advanced cancer using. Lymphokine activated cells and Interleukin-2. *N. Eng. J. of Med.* 316: 889, 1987.