

Nefrectomía parcial por cancer en monorroño

Caso clínico

Dres. ALVARINHAS, Francisco M.; PAGANO, Juan A.; BACIGALUPO, Roberto.*

Presentamos a la consideración de esta Sociedad nuestra reducida experiencia sobre este tema.

Angel C. - 70 años, casado, italiano. H.Cl. Nº 254.835 - 1986

Paciente con antecedente de nefrectomía derecha en 1982, por uronefrosis litiásica, ingresa al servicio por presentar hematuria, dolor y tumor palpable de polo inferior de riñón izquierdo.

Los estudios practicados llevan a diagnóstico de tumor renal en polo inferior del riñón izquierdo.

Urograma excretor: ausencia de nefrograma derecho. Nefrograma izquierdo aumentado de tamaño, polo inferior sin estructura calicular y aumento de densidad radiológica.

Ecografía renal: riñón izquierdo con diámetro longitudinal 140 mm, diámetro antero posterior 48 mm. En polo inferior formación sólida heterógena de 70 mm. x 47 mm. x 55 mm.

T.A.C.: Formación sólida de polo inferior de riñón izquierdo. No se visualizan formaciones retroperitoneales.

Con diagnóstico de tumor sólido de polo inferior en monorroño y con vistas a efectuar una nefrectomía parcial se practica una arteriografía renal selectiva a los efectos de tener una visión preoperatoria de la distribución vascular y planear la táctica quirúrgica.

La arteriografía practicada informa: distribución vascular irregular del tipo neoplásico en polo in-

ferior con arteria nutricia única, rama de la arteria renal izquierda.

Tratamiento quirúrgico: heminefrectomía inferior izquierda.

Abordaje: anterior transperitoneal.

Incisión: mediana supraumbilical.

Diseción anatómica del pedículo vascular, pelvis y uréter.

Ligadura y sección de la arteria nutricia del polo inferior.

Ligadura y sección del colector venoso correspondiente. Nefrotomía transversal (margen de territorio sano estimativo 2 cm.). Sección de la vía excretora en el cuello del grupo calicular inferior. Hemostasia del parénquima. Sutura de la vía excretora. Linfadenectomía regional a los solos efectos de estadificación. Cierre anatómico con drenaje extraperitoneal.

Evolución postoperatoria buena, sin complicaciones. Estado actual, junio de 1988, asintomático; buen estado general.

Anatomía patológica: (informe Nº 37.883).

Segmento inferior de riñón con formación tumoral de parénquima que invade vía excretora.

No invasor de cápsula. No infiltración de atmósfera perirrenal. El área de sección libre de infiltración neoplásica.

* Servicio de Urología del Hospital J.A.Fernandez

Diagnóstico histológico: carcinoma renal de células claras.

COMENTARIOS DE LA HISTORIA CLINICA:

Es de hacer notar que el paciente fué estudiado en una clínica del Gran Buenos Aires, desde 1981 con diagnóstico de litiasis coraliforme de riñón derecho. En el mes de julio de 1982 es estudiado nuevamente por su problema renal derecho, confirmándose la uronefrosis litiásica renal derecha, así como con una arteriografía renal se diagnosticó quiste de polo inferior izquierdo. En agosto de 1982 se le practicó la nefrectomía derecha. En Enero de 1985 presenta hemorragia digestiva. Se diagnostica hernia hiatal y colecistopatía crónica no litiásica.

En septiembre del mismo año presenta hematuria y los estudios que en dicha oportunidad se efectúan centran la atención sobre el polo inferior del riñón izquierdo (borramiento del grupo calicular inferior, según informe del urograma excretor.) Pero al presentarse nuevamente la hemorragia digestiva baja entra en estudio su patología colónica y queda relegada la patología urinaria.

En noviembre del mismo año, se efectúa radiología de colon por enema diagnosticándosele formación polipoide en sigmoide y en ángulo esplénico. La fibrocolonoscopia confirma el diagnóstico radiológico biopsiándose la formación colónica.

La reinstalación de la hematuria en los primeros meses de 1986, lleva a reiterar los estudios sobre el aparato urinario que llevan con la nueva arteografía al inequívoco diagnóstico de tumor renal izquierdo. Patología sobre la cual nos cupo actuar.

DISCUSION

Motiva la presente comunicación el deseo de traer al seno de la Sociedad Argentina de Urología un caso de carcinoma renal en riñón único (remanente postnefrectomía anterior del otro riñón), tratado por nefrectomía parcial.

La frecuencia con que se presenta esta forma de patología tumoral es de por sí escasa. La primera

nefrectomía parcial por tumor renal fue llevada a cabo por Wells en 1884. Posteriormente, en 1887 Czerny realiza la segunda nefrectomía parcial por neoplasia renal.

Las primeras referencias respecto de la nefrectomía parcial por cáncer en riñón único se deben a Verboten.

La revisión del tema por Grabstald y Aviles en 1968 hacía ascender el número de casos a 30.

En un estudio prospectivo realizado por Kaufman, Chaffey y Goodwinn en 1968, sobre 27 casos recopilados entre los años 1942 y 1968, de carcinoma renal en riñón único, describe las distintas posibilidades de conducta quirúrgica y sus resultados, así como la técnica seguida en cada caso. Novick y colaboradores presentan la bibliografía actualizada y las distintas posibilidades de solución frente a esta patología.

Las soluciones propuestas han sido:

1. Enucleación simple, con o sin control ecográfico intraoperatorio, cuando la masa tumoral se encuentra envuelta por una pseudo cápsula que permite su enucleación por un plano avascular. Se debe tratar de lesiones pequeñas y de bajo índice de agresividad. Esta circunstancia (pseudo cápsula) se suele dar en algunas formas de crecimiento de los carcinomas renales a células claras y se debería a particularidades de su vascularización.
2. Tumorectomía con resección en cuña, cuando la masa tumoral, limitada afecta la zona mesorrenal.
3. Nefrectomía parcial, o polar, en las eventualidades de ubicación tumoral en uno de los polos renales
4. Heminefrectomía, con ubicación selectiva en una porción renal que permita por su vascularización la conservación del hemirriñón sano.
5. Embolización segmentaria y selectiva del área tumoral.
6. Nefrectomía radical en riñón único seguida de diálisis crónica y eventualmente su programación para trasplante renal.
7. Abstención quirúrgica, conducta no intervencionista, seguida alternativamente de quimioterapia o radioterapia

El entusiasmo inicial por la cirugía de banco en esta patología se ha visto atemperada considerablemente a la luz de los resultados de las últimas series de pacientes. Se ven circunscriptas a los casos de

tumores mesorrenales.

Los autores de mayor experiencia en el tema consideran a la arteriografía selectiva como un inapreciable elemento de diagnóstico preoperatorio así como un arma idónea para el planteo correcto de la táctica quirúrgica a seguir.

En el caso que motiva la presente comunicación no se procedió al clampeo temporario del pedículo renal por cuanto la arteriografía selectiva preoperatoria nos mostraba una arteria polar bien individualizada que se ligó y seccionó desvascularizando el polo renal, asiento de la tumoración. Los autores que han tratado el tema recomiendan el clampeo del pedículo en la nefrectomía parcial in situ con los recaudos habituales de tiempo e hipotermia local, con agua helada durante 15 minutos después de la interrupción del flujo arterial por clampeo y antes de comenzar la exéresis parcial. En lo referente a la heparinización sistémica o regional las opiniones se encuentran divididas. Finalmente, no recomiendan la interrupción intermitente del clampeo arterial, con periodos breves de recirculación. Lo consideran más nocivo para el parénquima residual.

En lo que se refiere al margen anatómico de seguridad oncológica de la resección recomiendan su examen anatomopatológico por congelación en el borde teórico de seguridad de 2 cms.

La linfadenectomía recomendada en esta cirugía es a los solos efectos de criterio pronóstico.

Respecto de la aplicación de epiplón sobre la sección renal Novick lo recomienda. Nosotros en nuestro caso no lo consideramos necesario dado la buena hemostasia lograda. En otras nefrectomías parciales por otras patologías tampoco hemos recurrido a la aplicación de epiplón o grasa sobre la superficie de corte.

La anatomía patológica del caso, motivo de la presente comunicación, si bien lo cataloga como carcinoma renal de células claras agrega además su bajo índice de mitosis, lo cual nos explicaría su lenta evolución.-

BIBLIOGRAFIA

1. SMITH R.B. - Bilateral renal cell carcinoma and renal cell carcinoma in the solitary kidney. J. Urol. 132:450. 1984

2. McCULLOUGH D.L., GITTES R.F. - Ligation of the renal vein in the solitary kidney. J. Urol. 113:295. 1975.
3. PARKER R.M., TIMOTHY R.P., HARRISON J.H. - Neoplasia of the solitary kidney. J. Urol. 101:283, 1968.
4. KAUFMAN J.J., CHAFFEY B.T., GOODWIN W.E. - Renal cell carcinoma in the solitary kidney. J. Urol. 40:12.1968.
5. STACKPOLE R.H. - Treatment of carcinoma in a solitary kidney. J. Urol. 93:353. 1965.
6. SCHIFF M., BAGLEY D.H., LYTTON B. - Treatment of solitary and bilateral renal carcinomas. J. Urol. 121:581. 1979.
7. GRABSTAL H., AVILES E. - Renal cell cancer in the solitary kidney. Cancer. 22:973. 1968.
8. TOPLEY M., NOVICK A.C., MONTIE J.E. - Long-term results following partial nephrectomy for localized renal adenocarcinoma. The J. of Urol. 131:1050. 1984.
9. NOVICK A.C. - Nephrectomia parcial por carcinoma en riñón único. Clínicas Urológicas de N.A. 1988.
10. VERMOOTEN V. - Indications for conservative surgery in certain renal tumors. J. Urol. 64:200. 1950.

COMENTARIO

Analizando el mismo pensamos que la estructura es buena y el desarrollo y método empleados en la obtención del objetivo ha sido logrado. La secuencia diagnóstica Urograma - Ecografía renal - Tac - Angiografía, nos parece correcta.

Hay falencias en la pesquisa de enfermedad local y/o general, pues no figuran datos sobre Centellograma oseo total, TAC pulmonar y Cerebral.

1. *No existe Anatomía Patológica por congelación para determinar los bordes libres de enfermedad.*
2. *No hay datos explícitos sobre la funcionalidad renal posterior al acto quirúrgico.*

Creo personalmente que estas consideraciones anteriores las nombramos debido a errores que hemos cometido al estudiar y operar a este tipo de pacientes que siempre presentan dudas tanto en la táctica como así también en la técnica quirúrgica. Solo haremos mención,

siguiendo los postulados de Novick, que la terapéutica óptima para la curación del cáncer de riñón es la nefrectomía radical.

La nefrectomía parcial es el tratamiento de elección cuando el carcinoma se presenta en forma bilateral o en riñón único funcionante. El mismo grupo da una sobrevida de 5 años en los pacientes sometidos a N. Parcial, en 23 pacientes seguidos durante 65 meses, los cuales son correspondientes a los rangos de sobrevida para pacientes con cáncer grado I sometidos a nefrectomía radical.

Las técnicas quirúrgicas desarrolladas en la actualidad son las nombradas por los autores del trabajo que se comenta:

- 1. Enuclación Simple.*
- 2. Nefrectomía Parcial con previa ligadura arterial.*
- 3. Mínima resección.*
- 4. Resección mayor.*
- 5. Nefrectomía Parcial extracorpórea acompañada de autotransplante renal.*

Todas estas técnicas requieren

- *) Control Vascular Inicial.*
- *) Disminución del tiempo de isquemia caliente.*
- *) Márgenes de resección tumoral suficientes.*
- *) Cierre preciso del sistema excretor.*
- *) Cuidadosa hemostasia.*
- *) Según la preferencia de los distintos autores cierre de la brecha con tejido graso, fascia, peritoneo o sustancias externas.*

En cuanto a los métodos diagnósticos la arteriografía clásica es preferida a la angiografía por sustracción, en cuanto a la información que brinda respecto al número y localización de los vasos renales.

Durante el acto quirúrgico es importante la correcta hidratación del paciente, el monitoreo de la

presión arterial media, la administración de manitol, y no manipular excesivamente ni traccionar el pedículo renal.

Durante el postoperatorio debe realizarse un chequeo permanente en la búsqueda de enfermedad local recidivante o extensión de la misma a distancia. El índice de recidivas es del 9 al 13 % y el método más seguro para detectar la recidiva local es la TAC. La misma debe realizarse cada 6 meses. Cuando existe una recidiva una vez evaluada la misma puede realizarse una nueva nefrectomía parcial o una nefrectomía del parénquima remanente y colocar al paciente en plan de diálisis crónica.

Nuestra experiencia es la siguiente:

. Paciente M.J 51 años heminefrectomía en monorroño congénito. Anatomía Patológica: Ca. de células Renales con predominio de patrón sarcomatoide. Fallecido a los 4 meses por metástasis cerebrales.

. BR 56 años Tumor renal asincrónico. Nefrectomía por Cáncer Renal en 1977. En 1987 nefrectomía parcial derecha. Anatomía Patológica: cáncer de células claras que no infiltra vasos ni cápsula.

. Se reoperó por fistula más urinoma infectado. La anatomía patológica; mostró islotes de carcinoma renal en el parénquima residual.

. IF 55 años Nefrectomía hace 10 años por litiasis.

1988 Nefrectomía parcial por Ca. de células claras.

. CM de 48 años tumorectomía en birreno. Anatomía Patológica: Cáncer de células claras lesión encapsulada.

. MZ 55 años Tumorectomía en birreno Anatomía patológica: Angiomiolipoma.

Dr. Oscar Damia