

## Carcinoma renal bilateral o en riñón único

Dres. COIMBRA FERRARI, F.; CORNES, M.; DE LA TORRE, G.; SCORTICATI, C.H.

**RESUMEN:** Se presentan 10 casos de adenocarcinoma renal en riñón único o bilateral tratados entre 1973 y 1971.

El promedio de edad de los pacientes fue de 57 años y el sexo dividido en partes iguales. La evaluación incluyó urograma excretor, tomografía axial computada y arteriografía. Se analiza el tratamiento realizado .

(Revista Argentina de Urología, Vol. 58, Nº 3, Pág. 122, 1993)

**Palabras Clave:** Riñón - Carcinoma renal - Carcinoma bilateral o en riñón único.

### INTRODUCCION

El adenocarcinoma renal constituye el 3% de todas las neoplasias del adulto. Por su parte, el carcinoma renal puede aparecer rara vez en un riñón único o en ambos riñones, en forma sincrónica o asincrónica, con una incidencia que va del 2 al 4%<sup>1,2</sup> del total de los hipernefomas. Hellten<sup>3</sup> comunica una frecuencia de hasta el 5% de tumores bilaterales. Estas cifras tienden a aumentar debido a la posibilidad de efectuar con mayor frecuencia estudios por imágenes (ecografía y TAC), y al seguimiento del riñón remanente en pacientes que han sido nefrectomizados por cáncer.

La cirugía del carcinoma renal del adulto continúa siendo el único tratamiento con posibilidades curativas en este tipo de tumor. Dentro de la opción quirúrgica existen a su vez dos formas diferentes de actuar:<sup>4,5</sup>

a) La cirugía conservadora representada por la nefrectomía parcial y la tumorectomía, ya sean in situ o ex situ, propuestas por Vermooten en 1950<sup>6</sup> y Calne en 1971<sup>7</sup>, respectivamente.

b) La cirugía radical con posterior diálisis y trasplante, propuesta por Küss en 1960<sup>8</sup>.

### MATERIAL Y METODOS

Entre 1973 y 1971 hemos tratado 160 pacientes con adenocarcinoma renal de los cuales 10 fueron carcinomas en riñón único o bilateral.

Las edades oscilaron entre los 46 y 62 años con un promedio de 57 años, siendo 5 pacientes mujeres y 5 hombres.

La preparación preoperatoria consistió en historia clínica, análisis de rutina, radiografía de tórax, urografía, TAC abdominopélvica con contraste y arteriografía.

De los 10 pacientes, sólo 7 fueron operados y la vía de abordaje fue anterior transperitoneal.

### TRATAMIENTO Y RESULTADOS

Los separamos según fuera carcinoma en riñón único o bilateral.

a) CARCINOMA EN RIÑÓN UNICO:

- 1- Tumorectomía in situ, actualmente vive, sin evidencia de enfermedad luego de 40 meses de seguimiento.
- 2- Nefrectomía radical, vive, 41 meses en diálisis.
- 3- Nefrectomía radical, falleció a los 12 meses por trastornos de diálisis.

b) **CARCINOMA BILATERAL ASINCRONICO:**

- 1- Nefrectomía parcial, último control a los 6 meses, buena evolución.
- 2- No se operó, por MTS pulmonar y hepática.
- 3- Se realizó exploración y biopsia: el tumor era inextirpable, falleció en el postoperatorio inmediato.

c) **CARCINOMA BILATERAL SINRONICO:**

- 1- Nefrectomía izquierda y nefrectomía parcial derecha, vive sin evidencia de enfermedad, luego de 120 meses de seguimiento.
- 2- Nefrectomía radical bilateral, vive luego de 18 meses en diálisis.
- 3- No se operaron por MTS pulmonar y hepática.

---

## DISCUSION

---

En el carcinoma renal que aparece en el riñón único, o en el carcinoma renal bilateral es necesario considerar secuencialmente tres aspectos de controversia:

1) El **DIAGNOSTICO** por imágenes se sustenta en el urograma excretor, la ecografía, TAC y arteriografía. Marshall en 1986<sup>10</sup> considera que la TAC es probablemente el método más seguro para delimitar la infiltración tumoral, aunque es imposible establecer en todos los tumores la delimitación exacta.

La TAC con Scan dinámico, que realiza cortes en el mismo nivel tras la inyección de un bolo de contraste endovenoso, ha demostrado determinar claramente el comportamiento tumoral tras la captación del contraste, pudiendo diferenciar así la localización y extensión del proceso, lo cual tiene más beneficio que la angiografía y la TAC por separado

2) **TRATAMIENTO:** Las indicaciones de las técnicas quirúrgicas a emplear han sido y son todavía muy discutidas por todos los autores:

- **La enucleación simple ó tumorectomía in situ** tiene la ventaja de su rapidez, simplicidad y la posibilidad de resear lesiones múltiples, y la desventaja principal es el riesgo de dejar células malignas residuales. Esta técnica fué defendida por Glenn<sup>11</sup> que comunicó cinco casos a los que había realizado enucleación tumoral con una supervivencia total y con un período de seguimiento entre nueve meses y cinco años. Novick 1989<sup>14</sup> reportó una recurrencia local en sólo 2 de sus 23 pacientes. Sin embargo

otros autores, como Marshall en 1986<sup>10</sup> comunican que 6 de sus 15 pacientes tratados con enucleación simple tuvieron tumor residual en el margen de resección. Las únicas recidivas locales reportadas en la casuística de Smith<sup>15</sup> ocurrieron en aquellos pacientes a los que se le efectuó enucleación tumoral.

- **La nefrectomía parcial in situ** es la técnica generalmente propuesta, sus defensores se basan en un escaso índice de recidivas locales y en que presentan un supervivencia similar a la nefrectomía radical en los estadios bajos. La desventaja ocurre en aquellos tumores grandes que ocupan la posición central, ya que ésto dificulta la resección completa o provoca un daño renal irreversible<sup>16-19</sup>. Smith y Kernion<sup>15</sup> de un total de 36 pacientes encuentran que el 72% estaban vivos al año y medio de la nefrectomía parcial. Novick en 1987<sup>13</sup> reportó recurrencia local en 8 de sus 86 pacientes.

- **La nefrectomía parcial ex situ o de banco con posterior autotrasplante**, tiene como ventajas su óptima exposición, campo quirúrgico limpio, mayor protección del riñón y menor riesgo de diseminación tumoral Tespstra 1981<sup>17</sup>, Novick 1987<sup>15</sup>. Las desventajas son el prolongado tiempo operatorio, que a posteriori puede llevar a la insuficiencia renal aguda, trombosis venosa y fistula urinaria<sup>4</sup>. La supervivencia es similar a la de las técnicas insitu<sup>12 22</sup>. Zinke y Sen 1988<sup>20</sup> encontraron solamente una recurrencia local en 9 pacientes tratados con esta técnica. Novick<sup>14</sup> tuvo una recurrencia local en 1 de 14 pacientes.

- **La nefrectomía radical seguida de diálisis o trasplante** tiene la ventaja de una probable curación oncológica, pero tiene la desventaja del largo tiempo de diálisis, riesgo del trasplante y el alto costo de este procedimiento. La insuficiencia renal crónica correctamente tratada ofrece un mejor pronóstico que un carcinoma renal no tratado<sup>21</sup>. En cuanto al tiempo de espera del trasplante renal hay autores que consideran que debe ser como mínimo cinco años y otros dos años.

3) El **PRONOSTICO** de estos pacientes fue motivo de numerosos estudios. En la serie de Zinke<sup>20</sup> se ha demostrado que el carcinoma renal asincrónico que ocurre en el riñón solitario remanente después de una nefrectomía por cáncer tiene peor pronóstico que aquel precedido por patología benigna.

El cáncer bilateral sincrónico tiene una tasa de supervivencia similar a la del cáncer unilateral, y superior a la del bilateral asincrónico<sup>20</sup>. Jacobs<sup>16</sup> es una revisión de 61 pacientes demostró que el carcinoma renal bilateral sincrónico cuando es tratado quirúrgicamente tiene un pronóstico favorable al carcinoma renal. No obstante al igual que lo que ocurre en el carcinoma renal unilateral es ne-

cesario considerar el estadio del tumor en la evaluación del pronóstico.

Nuestros criterios coinciden con la mayoría de los autores: Los métodos para efectuar el diagnóstico y la determinación del estadio incluyen: el exámen físico, radiografía de tórax con tomografía, urograma excretor, ecografía, tomografía computada y arteriografía, que sumado a la biopsia por congelación intraoperatoria con los mejores indicadores para decidir el tipo de intervención quirúrgica.

Con respecto al tratamiento, es de importancia la cuidadosa selección de la técnica quirúrgica en cada caso en particular, las técnicas in situ son más sencillas de realizar y entre ellas nos inclinamos por la nefrectomía parcial, conservando suficiente parénquima renal para una sobrevida sin diálisis, la nefrectomía radical seguida de diálisis/transplante se reserva para cuando la primera es imposible.

### BIBLIOGRAFIA

1. Marberger, M.; Pugh, R.C.B.; Auvert, J.; Bertermann, H.; Constantini, A.; Gammelgaard, P.A.; Peterson, S., y Wickham, J.E.A.: "Conservative surgery of renal carcinoma". *Br. J. Urol.*, 53: 528, 1981.
2. Viets, D.H.; Vaughan, E.D. (Jr.), y Howard, S.S.: "Experience gained from the management of 9 cases of bilateral renal cell carcinoma". *J. Urol.*, 118: 937, 1977.
3. Hellsten (citado por: Ritchie, A., y Chisholm, G. en: "The natural history of renal carcinoma". *Sem. Oncol.*, 10: 390, 1983.
4. Machuca, J.; Cisneros, J.; Ortin, M.; Beneitez y Cols: "Posibilidades quirúrgicas en el carcinoma renal bilateral y en el carcinoma de riñón único". *Arch. Esp. Urol.*, 39,9 (637-644), 1986.
5. J. Pereyra Bonasso, H. Delgado, L. Bonavita, R. Cepellini, L. García Guido, O. Schiaffarino, P. Sosa y E. Braga: "Carcinoma en riñón solitario y bilateral. Nuestra experiencia con ocho casos". *Arch. Esp. Urol.*, 39, 7 (484-496), 1986.
6. Vermooten, V.: "Indications for conservative surgery in certain renal tumors: A study on the growth pattern of clear cell carcinoma". *J. Urol.*, 64: 200, 1950.
7. Calne, R.Y.: "Treatment of bilateral hypernephromas by nephrectomy, excision of tumor, and autotransplantation. Report of three cases". *Lancet*, 2: 1164, 1974.
8. Kuss "Bilateral adenocarcinoma of the kidney, treated by nephrectomy". a case report and review of the literature". *J. Urol.*, 111: 272, 1974.
9. Grabstald, H. y Aviles, E.: "Renal cell cancer in the solitary or solefunctioning Kidney". *Cancer*, 22: 973, 1968.
10. Marshall, F., Taxy, J., Fishman, E., y Chang, R: "Feseability of surgical enucleation for renal cell carcinoma" *J. Urol.* 135: 231, 1986.
11. Graham, S.D. (Jr.), y Glenn, J.F.: "Enucleative surgery for renal malignancy" *J. Urol.*, 122: 546, 1979.
12. Novick, A.; Zincke, H.I. Nevers, R.; y Topley, H.: "Surgical enucleation for renal cell carcinoma". *J. Urol.*, 135: 235, 1986.
13. Novick, A.C., Streem, S., Montie, J.E., etal. Conservative surgery for renal cell carcinoma: a single-center experience with 100 patients. *J. Urol.*, 141, 835-839, 1989.
14. Novick, A.C.: "Patrial nephrectomy for renal cell carcinoma". *Urol. Clin. North Am*; 14, 419-433, 1987.
15. Smith, R. B.; De Kervion, J.B.; Ehrlich, R.M.; Skinner, D. G., y Kaufman, J.J.: "Bilateral renal cell carcinoma and renal cell carcinoma in solitary kidney". *J. Urol.*, 132, 450, 1984.
16. Jacobs, S.C.; Berg, S.J., y Lawson, R.K.: "Synchronous bilateral renal cell carcinoma: Total surgical excision". *Cancer*, 46: 2341, 1980.
17. Terpstra, J.L., Van Schilfgaarde, R. Extracorporeal surgery. *Neth J. Surg.*, 33, 165-172, 1981.
18. Zincke, H., Engen, D.E., Henning, K. M. et al: "Treatment of renal cell carcinoma by in situ partial nephrectomy and extracorporeal operation with autotransplanatioin. *Mayo Clin. Proc.*, 60, 651-662, 1985.
19. Zincke, H. and Sen, S.E.: "Experience with extracorporeal surgery and autotransplantation for renal and transitional cell cancer of the kidney". *J. Urol.*, 140: 25-27, 1988.
20. Zincke, H., Swanson S.K.: "Bilateral renal cell carcinoma: influence of synchronous and asynchronous occurrence on patitnt survival". *The Journal of Urology*. 128: 913-915, 1982.
21. McDonald, M.W.: "Current therapy for renal cell carcinoma". *J. Urol.*, 117: 534, 1977.
22. J.J.I.M. Van Velden, J.H. Van Bockel, J. and J. L. Terpra. "Long-term Results of Surgical Treatment of Renal Carcinoma in Solitary by Extracorporeal Resection and Autotransplanatioin". *British Journal of Urology*, 1992.




# CIPROTERONA LABINCA 50 mg

(Acetato de Ciproterona)

ALTERNATIVA  
DE ELECCION

NUEVA PERSPECTIVA  
PARA EL  
TRATAMIENTO  
ENDOCRINO  
DEL CARCINOMA  
PROSTATICO.



**FORMULA:**  
Cada comprimido contiene:  
Acetato de Ciproterona 50 mg.  
Excipientes (lactosa; Talco; Polivinilpirrolidona; Estearato de magnesio;  
Almidón de maíz) c.s.p. 200 mg.

**ACCION TERAPEUTICA:**  
Antiandrógeno oral.  
Inhibe la acción de los andrógenos y actúa como gestágeno y  
antigonadotropo.

**INDICACIONES:**  
**CIPROTERONA LABINCA 50 mg** está indicada en el tratamiento  
antiandrógeno del carcinoma de próstata inoperable.

**PRESENTACION:**  
**CIPROTERONA LABINCA 50 mg:** Envases con 50 comprimidos ranurados.

Para Acciones colaterales y secundarias, Precauciones y advertencias, y Contraindicaciones  
consultar literatura especializada.

Labinca  
**LINEA  
ONCOLOGICA**

# VADEME CUM

## RONTAG EN UROLOGIA

- **ONCOTAXINA** (*Mitomicina C 5 y 20 Mg*)  
Quimioterapia intravesical: primera línea
- **FLAVICINA** (*Doxorubicina 10 y 50 Mg*)  
Quimioterapia intravesical de elección en recaídas a Oncotaxina 20
- **OLTER** (*Flutamida 250 Mg*)  
Un antiandrógeno reconocido
- **RETEBEM** (*Oxibutinina 5 Mg*)  
Potente antiespasmódico vesical con leve acción anticolinérgica



**RONTAG**