

Trabajos originales

Original articles

**TUMORES RENALES PEQUEÑOS.
La problemática del error diagnóstico****RENAL SMALL TUMOURS.
The diagnostic mistake**

Dres. Rozanec, J.; Coimbra Ferrari, F.; Montes de Oca, L.; Bellora, O.; Borghi, M.; Soldano, M.; Ghirlanda, J.

RESUMEN: *Se presentan los casos de 3 pacientes a los cuales se les había realizado un diagnóstico por imágenes de tumor renal. En ninguno de los casos el diámetro mayor de la formación tumoral excedía los 4,5 cm. En todos existió la firme sospecha de que podría tratarse de un carcinoma renal. Los 3 pacientes fueron sometidos a cirugía. En 1 de ellos se efectuó una nefrectomía radical, y en los 2 restantes una cirugía conservadora de parénquima renal. El examen anatomopatológico definitivo determinó que ninguna de las 3 tumoraciones correspondieron a un carcinoma renal.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, N° 2, Pág. 57, 1996)

Palabras clave: Neoplasmas renales; Tumores pequeños; Error diagnóstico.

SUMMARY: *We report 3 cases of patients with a diagnosis of renal tumour by imaging. The diameter of none exceeded 4,5 cm. All of them were suspected to be a renal cell carcinoma. The 3 patients underwent surgery. One of them underwent radical nephrectomy and on the other 2 patients a parenchymal sparing surgery was performed. The definitive histopatological examination revealed that none of the three tumours was a renal cell carcinoma.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, N° 2, Pág. 57, 1996)

Key words: Renal neoplasms; Small tumours; Diagnostic mistake.

INTRODUCCIÓN

El empleo rutinario de la ecografía y de la TAC en el diagnóstico de los tumores renales han cambiado la forma de presentación de esta patología. Muchos de estos tumores son incidentales y/o pequeños. Paradójica-

mente el aumento de la sensibilidad de los métodos de diagnóstico dificultan el diagnóstico diferencial de estas formaciones tumorales pequeñas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso N° 1

Paciente de sexo femenino de 61 años de edad que consultó por hematuria reiterada. Se le realizó un urograma excretor, en el cual se observó una excreción simétrica de la sustancia de contraste, sin alteración del

*Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín",
Universidad de Buenos Aires - Avda. Córdoba 2351
(1120) Buenos Aires - Argentina - Tel. 961-6061*

Aceptado para su publicación en marzo de 1996

árbol pielocaliceal; uréteres y vejiga sin particularidades. Una ecografía advirtió sobre una formación de contornos regulares de contenido heterogéneo en el riñón derecho, que podría corresponder a un tumor o quiste complicado. Se le solicitó una tomografía axial computada (Foto 1), donde se visualiza una formación compatible con un quiste complicado o tumor. Ante la duda diagnóstica, se le realizó una resonancia magnética nuclear, que informa una formación sólida, tumoral de 4,5 cm de diámetro (Foto 2).

Se procedió a efectuar una nefrectomía radical, y el informe anatomopatológico definitivo revela un *quiste hemorrágico*.

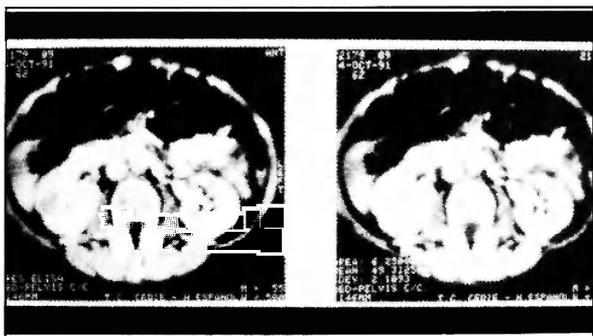


Foto 1: TAC: formación compatible con tumor o quiste complicado.

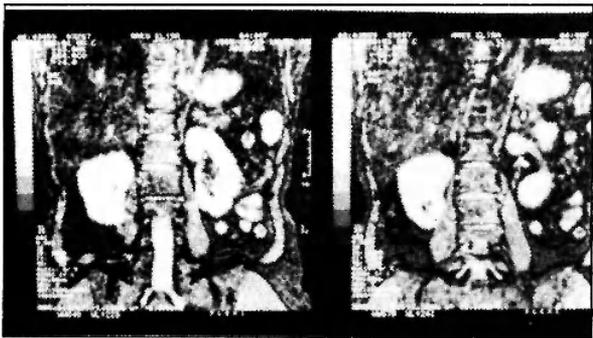


Foto 2: RMN: formación tumoral de 4,5 cm de diámetro.

Caso Nº 2

Paciente de sexo femenino de 63 años de edad, monorreno funcional (riñón contralateral hipoplásico), que presenta en el seguimiento nefrológico una ecografía renal, en la cual se detectó una formación en su riñón funcionante de 4 cm de diámetro, heterogénea, compatible con angiomiolipoma, con aumento del tamaño en el último año.

Se le realizó una tomografía axial computada (Foto 3), en la que podemos observar dicha formación, heterogénea, con bordes algo irregulares y, si bien puede ser

compatible con angiomiolipoma renal, no se puede descartar por imágenes que no sea un carcinoma renal. Se exploró por lumbotomía, se realizó la tumorectomía; el aspecto macroscópico era el de un angiomiolipoma, pero la biopsia por congelación informó un carcinoma. Se completó la cirugía con la obtención de un buen margen de resección. El informe definitivo confirmó un *angiomiolipoma*.

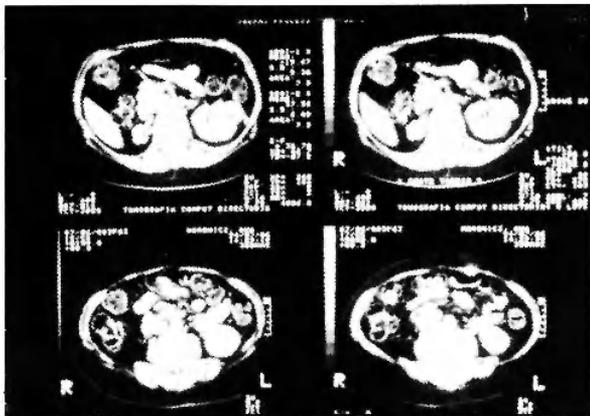


Foto 3: Formación tumoral, dudosa para carcinoma renal.

Caso Nº 3

Paciente de sexo masculino de 52 años de edad, que consultó por hematuria, sin otros antecedentes. Se le solicitó una ecografía, que informa formación sólida hipocogénica de 38 mm de diámetro en el polo inferior del riñón derecho, y luego una TAC (Foto 4) que

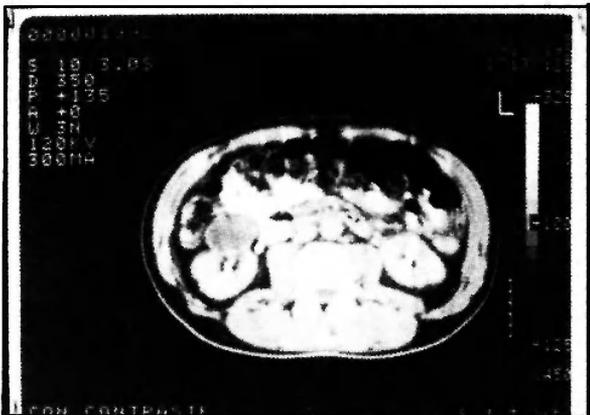


Foto 4: TAC: Formación sólida de 38 mm de diámetro.

confirma dicha lesión en la valva anterior de dicho riñón. Esta refuerza sus contornos luego de la inyección de la sustancia de contraste. El paciente fue explorado por vía anterior. La lesión es fácilmente enucleable y

todo el material se envió para su análisis por congelación. Se nos informó ausencia de células neoplásicas. El examen histopatológico definitivo informó "tejido fibroso con infiltrado linfocitario, con depósitos de hemoderina, fibrina, colesterol y hemorragia"... interpretándose como hemorragia antigua.

CONSIDERACIONES

Los casos anteriormente seleccionados fueron tumores renales pequeños, todas ellas con sospecha de tratarse de un carcinoma renal, y ninguna de ellas resultó finalmente serlo.

En el primer caso, un resultado falso positivo de la RMN, que hablaba de una masa sólida tumoral, nos hizo tomar la determinación de realizar una nefrectomía radical, sobretratando de esa manera la lesión quística.

En los 2 casos siguientes, si por la biopsia por congelación o por la TAC se hubiera realizado la nefrectomía radical, la paciente del angiomiolipoma hubiera quedado inútilmente anéfrica, en diálisis, y el siguiente hubiera perdido el riñón sin necesidad.

El momento de diagnóstico del carcinoma renal ha cambiado considerablemente en los últimos años. Por lo general se están detectando tumores renales más pequeños y en estadios más bajos, siendo muchos de ellos asintomáticos. Estos se diagnostican gracias a la utilización de técnicas de diagnóstico no invasivas como la ecografía, la TAC y la RMN.

Pero a su vez, la detección de estas masas renales pequeñas trae aparejado un problema diagnóstico.

En el estudio de *Tosaka y colaboradores*⁽¹⁾, que realizaron en *screening* a 41.000 personas asintomáticas, se detectó una masa en el 0,9% de los individuos estudiados. El 10% de éstos tuvieron una masa sólida y solamente un 50% de estas lesiones fueron finalmente diagnosticadas como un carcinoma renal. Aquí la prevalencia de lesiones benignas como el oncocitoma, el adenoma o el angiomiolipoma, fue comparable a la del carcinoma.

Moll y colaboradores⁽²⁾ comunican 164 tumores de riñón operados en forma conservadora. De ellos, 12 (7,3%) fueron tumores benignos, y solamente 5 de éstos tenían sospecha de ser benignos con los estudios preoperatorios.

Steinbach y colaboradores⁽³⁾ reportan una serie de 140 pacientes tratados por tumor en forma conservadora. De éstos, 19 (13,6%) fueron tumores benignos, pero por los estudios preoperatorios 15 tenían diagnóstico de carcinoma y solamente en 4 se sospechaba la naturaleza benigna de la lesión.

Provet y colaboradores⁽⁴⁾ comentan que de 91 pacientes operados por tumores renales pequeños, cerca del 20% fueron oncocitomas o adenomas.

Los métodos de diagnóstico auxiliares muy difícilmente definen la naturaleza de estas masas renales pe-

queñas, haciendo problemática su evaluación. Si bien la especificidad de la TAC en el diagnóstico de los tumores pequeños está entre un 85 a 90%, la diferenciación de oncocitomas, adenomas y quistes hemorrágicos es a veces muy difícil. La RMN tampoco sería un método confiable para diferenciar estas masas⁽⁵⁾.

Ni siquiera obteniendo tejido o células a través de una aguja percutánea se logra la certeza necesaria, ya que el tejido obtenido o las células aspiradas son difíciles de interpretar a la microscopía, y se han comunicado, en grandes series⁽⁶⁾, resultados falsos negativos de hasta un 8% o falsos positivos de hasta un 4,6%.

Por lo tanto, una biopsia positiva o negativa no es garantía de la existencia o no de un carcinoma, y obliga de cualquier manera a la exploración quirúrgica.

La biopsia incisional y su análisis por congelación a menudo no permiten una definición apropiada por parte del patólogo. Ante la duda, no puede darse por terminado el procedimiento, y el cirujano se ve en la necesidad de completar la nefrectomía.

Pero se presenta otra posibilidad ante determinados casos seleccionados. Es la de realizar una biopsia excisional con una enucleación o nefrectomía parcial. De tener ésta márgenes suficientes, podría ser no solamente el tratamiento definitivo de masas renales benignas (sin sacrificar innecesariamente parénquima renal), sino también el tratamiento definitivo del carcinoma, por más que éste se demuestre recién en el examen histopatológico diferido⁽⁷⁾.

CONCLUSIONES

Existe una tendencia marcada, determinada por los métodos de diagnóstico utilizados en la actualidad, de detectar masas tumorales renales cada vez más pequeñas. Muchas de éstas no serán carcinomas renales. Quienes debemos decidir qué conducta tomar en estas situaciones, deberemos ser muy cautos para tratar adecuadamente estas lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tosaka, A.; Ohia, K.; Yamada, K. y col.: Incidence and properties of renal masses and asymptomatic renal cell carcinoma detected by abdominal ultrasonography. *J. Urol.*, 144:1097-1099, 1990.
2. Moll, V.; Becht, E. y Ziegler, M.: Kidney preserving surgery in renal cell tumors: indications, technique and results in 152 patients. *J. Urol.*, 150:319-323, 1993.
3. Steinbach, F.; Stockle, M.; Müller, S. C.; Thüroff, J. W.; Melchior, S. W.; Stein, R. y Hohenfellner, R.: Conservative surgery of renal cell tumors in 140 patients: 21 years of experience. *J. Urol.*, 148:24, 1992.
4. Provet, J.; Tessler, A.; Brown, J.; Golimbu, M.; Bosniak, M. y Morales, P.: Partial nephrectomy in renal cell carcinoma: indications, results and implications. *J. Urol.*, 145:472, 1991.

5. Deffossez, S. M.; Yoder, I. C.; Papanicolau, N. y col.: Nonspecific magnetic resonance appearance of renal oncocytomas: report of 3 cases and review of the literature. *J. Urol.*, 145:552, 1991.
6. Juul, N.; Torp Pederson, S.; Granvoll, S. y col.: Ultrasonically guided fine needle aspiration biopsy of renal masses. *J. Urol.*, 133:579-581, 1985.
7. Rozanec, J. J. y Ghirlanda, J. M.: "Rol de la cirugía conservadora de riñón en el tratamiento del carcinoma renal". Tesis doctoral UBA, 1994.

Dr. José J. Rozanec

Servicio de Urología del Hospital de Clínicas

"José de San Martín"

Carbaljal 1051 - (1686) Buenos Aires - Argentina

Tel. 662-1755

COMENTARIO EDITORIAL

La literatura médica está plagada, en la actualidad, de publicaciones basadas en comparaciones estadísticas que no siempre permiten al lector sacar conclusiones prácticas de lo expuesto. Por ello resulta "refrescante" encontrar trabajos como éste, que se apoya en casos clínicos.

La hematuria, presente en 2 de los casos relatados, indudablemente debe haber sido un elemento importante —además de las imágenes— para que los autores presu- mieran la existencia de un carcinoma renal.

En casos como los aquí expuestos, de masas renales pequeñas de hallazgo casual, debe revalorizarse la utili-

dad de la angiografía renal con sustracción digital que, a pesar de ser un procedimiento invasivo, probablemente hubiera evitado la lumbotomía en por lo menos 2 de los pacientes (casos 1 y 3).

Con respecto a la conducta terapéutica, debe privilegiarse la exéresis del tumor con conservación del órgano, cuando se trate de tumores pequeños (menores de 4 cm) de bajo grado y unilaterales⁽¹⁾ o cuando haya dudas sobre el diagnóstico. También debe tenerse en cuenta que la lenta evolución natural del adenocarcinoma renal puede permitir, en pacientes añosos o con alto riesgo quirúrgico, una actitud de "watchful waiting"⁽²⁾.

En síntesis, el presente trabajo es una nueva demostración del viejo aforismo médico que dice que se aprende más de los errores que de los aciertos.

REFERENCIAS

1. Licht, M. R.; Novick, A. C. y col.: Nephron sparing surgery in incidental vs. suspected renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 152:39, 1994.
2. Bosniak, M. A.; Birnbaum, B. A. y col.: Small renal parenchymal neoplasm: Further observations on growth. *Radio-logy* 197:589, 1995.

Dr. Alejandro J. Dotta

Servicio de Urología del Hospital Italiano

Dorrego 276 - (2000) Santa Fe - Argentina

Tel. 25-0381

ONCOTAXINA 20

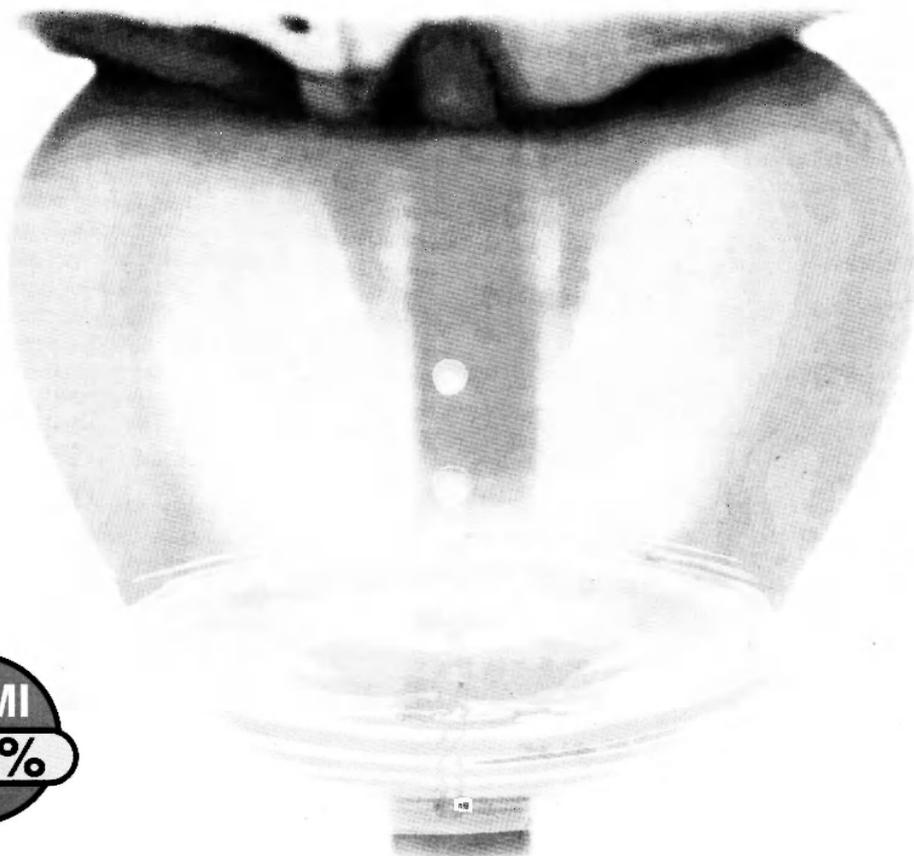
E X P E R I E N C I A Y A L T A
C O N F I A B I L I D A D E N
L A Q U I M I C A T E R A P I A
I N T R A V E S I C A L



Sereprostat[®]

EXTRACTO HEXANICO DE SERENOA REPENS

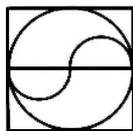
**PARA UN PROBLEMA QUE
SE ACENTUA GOTA A GOTA**



**PRIMER INHIBIDOR SELECTIVO
DE LA 5 α - REDUCTASA BASICA**

PRESENTACIONES:

Envase conteniendo 30 y 60 comprimidos recubiertos.



Bajo licencia de
P.F. Médicament

 **Montpellier**

TRADICION Y FUTURO EN LA TERAPEUTICA ARGENTINA

Química Montpellier S.A. Virrey Liniers 673 Bs As