

Artículo original

Original article

TUMORES INCIDENTALES DE RIÑÓN Y TUMORES MENORES DE CINCO CENTÍMETROS.**Consideraciones acerca de su diagnóstico y tratamiento****INCIDENTAL RENAL TUMOURS AND TUMOURS LESS THAN FIVE CM. IN DIAMETER. Cuspa experience.**

Dres. Frattini, G. (*); Fernández, H.; Castorina, A.; Nigro, M.; Lorenzo, H.; Dáuria, M. (Grupo Mar del Plata); **Bogado, H.; Baccini, C.; Romanelli, F.; Alvarez Fourcade, F.; Piaggio, N.** (Grupo Bahía Blanca); **Aldaya, P.; Bruno, R.** (Grupo Tres Arroyos); **Romeo, C.** (Grupo Coronel Suárez); **Kantt, R.; Aguirre, R.** (Grupo Necochea); **Mesurado, C.; Garcés, M.; Raffo, G.** (Grupo Tandil).

RESUMEN: Objetivo: Establecer la experiencia de un grupo cooperativo sobre los tumores renales incidentales y los menores de 5 centímetros.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los adenocarcinomas renales operados con nefrectomía radical en el período 1986-1996. Se seleccionaron los tumores incidentales, los menores de 5 centímetros, y se realizó un análisis de la función renal posoperatoria de los pacientes.

Resultados: Se analizaron 231 tumores renales; 32% fueron de diagnóstico incidental (74 pacientes); 35,5% fueron tumores menores de 5 cm (82 pacientes).

Se halló que los tumores incidentales se presentaron en estadios más bajos (62% Edios 1 y 2), y con mayor porcentaje de tumores menores de 5 cm (51,3%) ($p = <0,01$).

La supervivencia de los tumores menores de 5 cm fue estadísticamente superior a los mayores a esa cifra ($p = <0,001$).

Se halló un 7,8% de deterioro de la función renal posoperatoria (3,9 transitoria y 3,9 definitiva), con cifras de creatinina superiores a 1,5 mg/dl. Ningún paciente con tumor incidental o menor de 5 cm requirió hemodiálisis.

Conclusiones: Los tumores renales incidentales y los menores de 5 cm son una entidad cada vez más frecuente, y suelen coincidir con estadios bajos. La nefrectomía radical parece ser una técnica adecuada para su tratamiento, con escaso deterioro de la función renal posoperatoria, y 0% de necesidad de hemodiálisis.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 4, Pág. 189, 1999)

Palabras clave: Tumores incidentales de riñón; Adenocarcinoma renal; Nefrectomía radical.

SUMMARY: Objective: Updating the experience of a cooperative group on incidental renal tumours, and tumours less than 5 cm in diameter.

Material and methods: The experience was based on a retrospective analysis of renal adenocarcinomas which underwent radical nephrectomy between 1986-1996. The selection was done taking into account incidental diagnosis and tumours less than five centimeters in size. In both cases, postoperative renal function was analyzed.

(*) Médico Urólogo. Clínica Privada Pueyrredón
Jujuy 2176. Mar del Plata, Argentina. Tel/Fax: 0223-4935750.

Results: Two hundred and thirty one renal tumours were studied. Thirty two percent (74 patients) were diagnosed incidentally and 35,5%, that is to say 82 patients, showed tumours less than 5 cm.

Incidental tumours were founded in low stages (62% in stages I and II) while 51,3% of these cases were tumours less than 5 cm ($p = <0,001$).

Survival of patients with small tumours was statistically significant compared to those with tumours larger than 5 cm in diameter ($p = <0,001$).

Impairment of renal function was seen in 7,8% of the cases (3,9% was transitory and 3,9% was permanent) and creatinine values were over 1,5 mg/dl.

No patient with a diagnosis of incidental renal tumour required haemodialysis.

Conclusions: Incidental renal tumours and tumours less than 5 cm in diameter have become a more frequent diagnosis and usually coincide with low stages.

Radical nephrectomy appears to be the appropriate technique for its treatment, causing little postoperative impairment of the renal function with no need haemodialysis in the cases studied in this analysis.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 4, Pág. 189, 1999)

Key words: Incidental renal tumours; Renal adenocarcinoma; Radical nephrectomy.

El creciente avance de los métodos no invasivos de diagnóstico, ha traído consigo un incremento en las tasas de detección de patologías como el cáncer de próstata o de riñón en estadios generalmente localizados⁽¹⁻³⁾.

Actualmente se considera que cerca del 30% de los tumores renales son hallados en forma incidental, generalmente en estadios localizados, y, usualmente con tamaños tumorales cercanos a los 5 centímetros⁽¹⁻⁴⁾.

Este hecho, entre otros, ha motivado el interés por desarrollar terapias conservadoras de tratamiento en los casos de tumores renales pequeños⁽⁵⁻⁷⁾.

Los defensores de la cirugía conservadora de nefronas en pacientes con riñón contralateral normal justifican su realización en función de preservar la suficiencia renal del paciente⁽⁵⁻⁷⁾.

Basándose en los conocimientos aportados por *Brenner*, esta aseveración parecería ser razonable; sin embargo, son pocos los estudios que han evaluado la función renal en estos pacientes, y la de aquellos sometidos a cirugía radical por el mismo tipo de tumores^(8,9).

El objetivo del presente estudio es el de efectuar una revisión retrospectiva de los tumores incidentales de riñón, y de los tumores renales menores de 5 centímetros, operados por un grupo cooperativo de urólogos, con el objeto de poder establecer conclusiones referidas al diagnóstico, y a la mejor opción terapéutica en cada caso.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó un análisis retrospectivo de los pacientes a quienes se les realizó una nefrectomía radical por adenocarcinoma renal entre los meses de enero de 1986 y diciembre de 1996.

Se tomaron en cuenta las fechas de diagnóstico, de última consulta y de muerte, para establecer las curvas de supervivencia y seguimiento.

Se consignó la edad de los pacientes, el sexo y los métodos que llevaron al diagnóstico del tumor.

Se anotó en las fichas si el diagnóstico del tumor había sido en forma incidental, considerando a éste como el hallazgo del tumor renal durante el examen con métodos complementarios (ecografía, TAC, etc.), solicitados por causas no vinculadas con patología urinaria.

Se registró el tamaño tumoral tomado de la pieza operatoria (en cm) y el estadio (según las clasificaciones TNM y su equiparación con la de *Robson*)⁽¹⁰⁾.

Con referencia a la causa de muerte, se discriminó si esta fue o no por progresión tumoral.

Se consignó el desarrollo de insuficiencia renal posoperatoria, diferenciando si ésta fue transitoria (insuficiencia renal aguda con retorno ulterior a función renal normal), o definitiva.

Dentro de esta última, se evaluó si hubo necesidad de efectuar hemodiálisis crónica. Se anotaron las causas de la falla renal, así como los meses posoperatorios a los que se presentó.

Se tomaron valores de creatinemia superiores a 1,5 mg/dl para establecer el diagnóstico de insuficiencia renal⁽¹¹⁾.

Se incorporó al cuestionario una pregunta referida a si hubiera sido posible efectuar cirugía conservadora en cada caso (nefrectomía parcial, tumorectomía).

Análisis estadístico:

Todos los datos fueron recopilados en fichas que se transcribieron al programa EPI INFO versión 5.1 de la OMS, de donde se efectuó el análisis inicial.

Las curvas de supervivencia se realizaron con el método de *Kaplan y Meyer*, y los valores de p resultantes de la comparación de éstas se tomaron con el *Log-Rank Test*.

Se utilizó también el método de *Mantel Haenszel* para tomar el valor de p en las tablas de doble entrada.

	Sospechados	Incidentales	<5 cm
Número	157 (68%)	74 (32%)	82 (35,5%)
Hombres	64,9%	59,4%	60,9%
Edad	63,3	60,4	61,2
Tamaño tumor	8,5±6 cm	7,3±4 cm	3,7±1 cm
Estadios	1	4,4%	14,6%
	2	46,5%	69,5%
	3	44,7%	13,5%
	4	4,4%	2,4%

Tabla 1

RESULTADOS

Durante el período 1986-1996 (10 años), fueron evaluados en forma retrospectiva 231 pacientes a quienes se les realizó una nefrectomía radical por diagnóstico de adenocarcinoma renal.

Participaron en el estudio 19 urólogos de 6 Centros de la Provincia de Buenos Aires.

Para efectuar el análisis inicial se dividió a los pacientes en cuatro grupos: 1) los que fueron diagnosticados en forma incidental, 2) los tumores sospechados previamente y 3) y 4) los tumores mayores y menores de 5 centímetros.

Se hallaron entonces 157 pacientes (68%) con tumores diagnosticados por sospecha previa, y 74 pacientes (32%) con tumores incidentales de riñón.

En cuanto al tamaño tumoral, 82 pacientes (35,5%) tuvieron tumores menores de 5 centímetros.

La Tabla 1 muestra las características iniciales de cada grupo.

Adenocarcinoma renal.

Sobrevida actuarial global

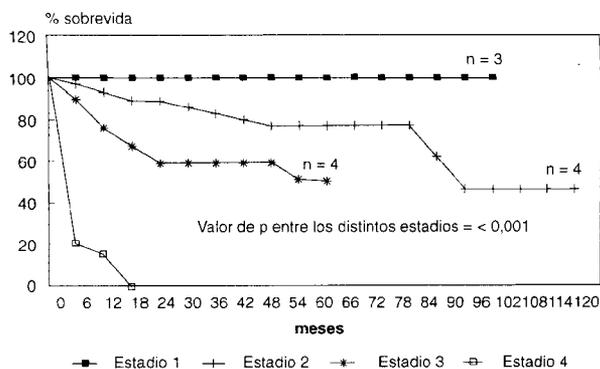


Gráfico 1

Análisis general

El Gráfico 1 muestra el análisis actuarial de sobrevida en los distintos estadios (global).

Se observa que a los 5 años ésta fue del 100% para el estadio 1, del 77% para el estadio 2, del 50,9% para el estadio 3 y del 0% para el estadio 4.

A los 7 años el análisis de sobrevida mostró los siguientes porcentajes: estadio 1= 100%, estadio 2 =62%, estadio 3= 40% y estadio 4 = 0%.

En el estadio 4 la sobrevida media fue de 4 ± 2 meses.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las curvas de sobrevida de los distintos estadios ($p < 0,001$).

Tumores incidentales

El diagnóstico de tumor incidental se efectuó por ecografía, tomografía axial computada o urograma excretor en el 32% de los casos (74 pacientes) (Tabla 2).

Según se advierte en el Gráfico 2, el diagnóstico de tumores incidentales comienza a aparecer en esta serie a partir de 1987, incrementándose progresivamente hasta el final del estudio.

La edad promedio en este grupo fue de 60,4 años y el 59,4% se presentó en pacientes de sexo masculino (Tabla 1).

El tamaño tumoral promedio en estos tumores fue de $7,3 \pm 4$ cm (51,3% menores de 5 cm).

Método utilizado	Nº	%
Ecografía	64	86,5%
TAC	7	9,5%
Urograma excretor	3	4%

Tabla 2

Número de pacientes diagnosticados por año

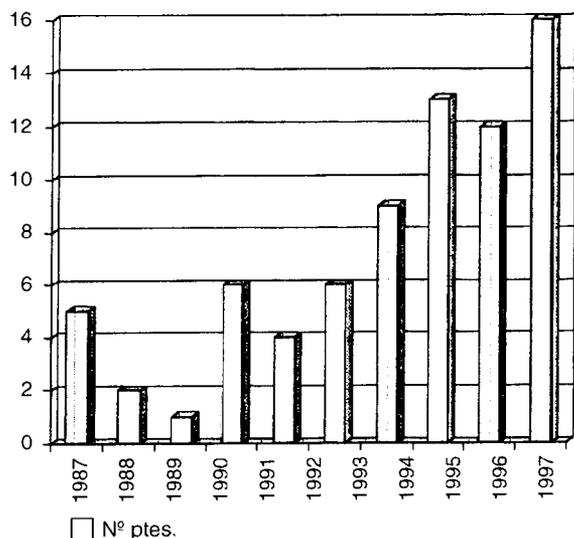


Gráfico 2

La Tabla 1 muestra los estadios anatomopatológicos hallados según la clasificación de *Robson*, destacándose que se registró un franco predominio de estadios 2 (67,2%) en los tumores incidentales.

La comparación entre las características iniciales de los tumores incidentales y los sospechados se anotan en la Tabla 3 donde se observa que la mayor parte de estos tumores se presentaron en estadios bajos (62% vs 33,7%) y hubo un mayor porcentaje de tumores menores de 5 cm que en los casos de diagnóstico no incidental (sospechado) (51,3% vs 26,7%) ($p < 0,001$ en ambas comparaciones).

Dentro del grupo incidental falleció un 19,7%; sin embargo, por progresión tumoral lo hizo el 9,8%. Estos porcentajes fueron del 28,9% y del 21% respectivamente en el grupo de tumores sospechados ($p = 0,06$ en la comparación de muertes por progresión) (Gráfico 3).

Diferencias entre tumores incidentales y sospechados

	Incidentales nº de ptes.	Sospechados nº de ptes.	Valor de p
< 5 cm	38	42	<0,001
> 5 cm	36	115	
Edios 1 y 2	46	53	<0,01
Edios 3 y 4	9	66	

Tabla 3

Tumores menores de 5 cm

El 35,5% del grupo analizado (82 pacientes) presentó tumores de 5 cm de diámetro o inferiores.

Con referencia al tamaño tumoral, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las curvas de supervivencia entre los tumores mayores y menores de 5 centímetros de diámetro, teniendo los tumores menores a 5 cm una supervivencia esperada del 100% a los 5 años ($p < 0,001$).

El tamaño tumoral mayor de 5 cm se correlacionó significativamente con el hallazgo de estadios avanzados (3 y 4) y con la presencia de ganglios regionales positivos (N1) (Tabla 4).

Función renal

El 99,14% de los pacientes evaluados tenía función renal normal previa a la cirugía (valores de creatinina menores a 1,5 mg/dl).

El 9,1% de los pacientes (21 casos) desarrolló insuficiencia renal posoperatoria (creatininemia > 1,5 mg/dl). Esta fue transitoria en 9 casos (3,9%), y definitiva en 12 (5,2%).

Dentro de este último grupo, sólo 1 paciente requirió hemodiálisis crónica por su insuficiencia renal (0,43%). Este paciente presentaba creatininas preoperatorias superiores a 1,5 mg/dl, pero sin requerir hemodiálisis.

Excluyendo los pacientes con valores de creatinina superiores a 1,5 mg/dl preoperatorios, la tasa de deterioro renal definitivo fue del 3,9% (9 pacientes).

Funciones de supervivencia

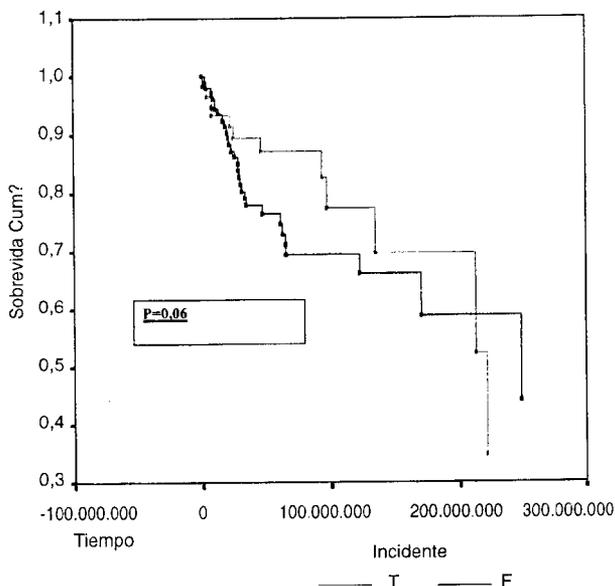


Gráfico 3

Diferencias de acuerdo con el tamaño tumoral

	<5 cm n° de ptes.	>5 cm n° de ptes.	Valor de p
Edios 1 y 2	194	98	<0,001
Edios 3 y 4	37	133	
N0	79	123	<0,001
N1	3	26	

Tabla 4

La Tabla 5 muestra una comparación entre el desarrollo de insuficiencia renal definitiva entre los tumores sospechados, los incidentales, y los menores e 5 centímetros.

Los porcentajes hallados en cada caso fueron: 5,1%, 4% y 3,6%, respectivamente (p=NS).

La falla renal se manifestó a los 18,7 ± 3 meses posoperatorios (transitoria = 15 ± 3 meses, definitiva = 22 ± 4 meses).

En cuanto a la etiología de la insuficiencia renal transitoria, en el 83% de los casos ésta se debió a necrosis tubular aguda (por deshidratación aguda, hemorragia digestiva y otras), mientras que en el 17% la causa fue la obstrucción ureteral por litiasis.

Entre los fallos renales definitivos, las causas fueron varias y se anotan en la Tabla 6.

El único paciente registrado que requirió hemodiálisis crónica presentaba insuficiencia renal previa a la cirugía, pero sin necesidad de hemodiálisis, y se halló dentro del grupo de tumores sospechados y en su ficha se consignó que no hubiera sido posible realizar cirugía conservadora.

En el 20,3% de los casos evaluados (47 pacientes) se contestó que hubiera sido factible realizar cirugía conservadora, y la incidencia de insuficiencia renal dentro de este grupo fue del 6,3% (4,2% transitoria por necrosis tubular aguda, y 2,1% definitiva, por hiperfiltración renal sin requerir hemodiálisis) (Tabla 7).

No existieron diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de insuficiencia renal definitiva

Desarrollo de deterioro renal definitivo

Tipo de tumor	Deterioro función	%	p
Sospechado	8 pacientes (n° = 157)	5,1%	
Incidental	3 pacientes (n° = 74)	4%	NS
< de 5 cm	3 pacientes (n° = 82)	3,6%	

Tabla 5

entre los pacientes a quienes se les hubiera podido realizar cirugía conservadora y a los que no (p=NS).

DISCUSION

El diagnóstico incidental de tumores renales está transformándose en una entidad cada vez más frecuente (1-4).

El 32% de hallazgo incidental en esta serie confirma esta aseveración, y este porcentaje concuerda con lo comunicado por otros autores (1-4).

Como ha podido demostrarse, estos tumores suelen diagnosticarse en etapas precoces de la enfermedad, y, de acuerdo con lo esperado por las curvas de sobrevida, tienen un mejor pronóstico (1,2,12,13,14).

Los mismos conceptos pueden verse en relación con los tumores menores de 5 centímetros, con diferencias significativas en la sobrevida demostradas en la presente y en otras series como el estudio del *Dr. Guinan* para la *American Cancer Society* (15).

Esta mejor sobrevida puede explicarse por el hecho de que estos dos grupos seleccionados de tumores se hallan mayoritariamente en etapas precoces de la enfermedad, y, según puede verse en las curvas globales de so-

Causas de insuficiencia renal definitiva

Causa	Frecuencia	% /Ptes.
Desconocida	8,33	1
En estudio	8,33	1
Hiperfiltración renal	16,66	1
Hipertensión arterial	25	3
I. Renal previa	25	3
	hemodiálisis	0,43%
Nefropatía	8,33	1
Necrosis tubular aguda	8,33	1

Tabla 6

	Número	%
Posibilidad de Realizar cirugía conservadora	47/231	20,3
I. Renal definitiva	1/47	2,1
I. Renal transitoria	2,47	4,2

Tabla 7

brevidad, estos estadios tienen un mejor pronóstico (16,20).

Estos hallazgos son similares a los informados en grandes series como la de *Yoshio Aso*, donde los autores concluyen que: "la detección cáncer incidental de riñón puede mejorar el pronóstico del cáncer renal en general" (1).

Se coincide con el comentario del *Dr. Montes de Oca L.*, en relación a que el mejor pronóstico de los tumores incidentales de riñón, se relaciona más con el diagnóstico precoz, que con la posibilidad de que se trate de un tipo especial de tumor (21).

Esta conclusión se desprende de los datos obtenidos en esta serie, donde existieron diferencias estadísticamente significativas en el hallazgo de bajos estadios en el grupo de tumores incidentales.

Existe marcada evidencia de que la nefrectomía total produce un fenómeno de hiperfiltración en el riñón remanente, que puede llevar, especialmente a largo plazo, al desarrollo de hipertensión arterial, proteinuria e insuficiencia renal crónica (22,27).

Argueso ha demostrado el hallazgo de un 30% de insuficiencia renal en 138 niños nefrectomizados, con seguimiento a 20 años (28).

Sin embargo, los pacientes con cáncer renal representan un grupo especial, si se intentan aplicar estos conceptos.

Como puede verse en ésta y otras series, éstos son pacientes de edades cercanas a los 60 años y con una expectativa de vida inferior a 15 años, determinada por la edad en sí y por la presencia del tumor (16,20).

Este lapso parece ser insuficiente para el desarrollo de insuficiencia renal, y los datos obtenidos en este análisis parecen confirmarlo, puesto que sólo elevaron las cifras de creatinina por encima de 1,5 mg/dl entre el 3 y el 5% de los pacientes, pero requiriendo hemodiálisis sólo el 0,43% (1 paciente con falla renal previa a la nefrectomía).

Similares hallazgos en relación al escaso deterioro de la función renal han sido comunicados por *Ljunberg*, *Grossman* y *Dees* (29,31).

En el reporte de *Buttler*, donde se comparan 46 nefrectomías radicales vs 42 cirugías conservadoras el grupo tratado con nefrectomía parcial presentó en el posoperatorio cifras con creatinina inferiores al otro grupo ($p=0,001$) (32).

Sin embargo, el informe de *Buttler*, así como los de *Campbell* y *Polascik*, quienes informan datos similares, cuentan con un número reducido de casos como para establecer conclusiones valederas (33,34).

Los *Dres. Licht*, *Novick* y *Goormastic* analizaron una serie de 216 pacientes a quienes se les realizó cirugía conservadora, 95 de los cuales fueron de diagnóstico incidental, y hallaron 0% de recurrencias tumorales locales con sobrevida a 5 años del 100% en los tumores estadio I, unilaterales y menores de 4 cm (35). Estos autores concluyen que estos tumores son elegibles para cirugía conservadora.

Sin embargo, el hallazgo en el presente estudio de un

0% de necesidad de hemodiálisis en los pacientes nefrectomizados con función renal preoperatoria normal, comparado con un porcentaje cercano al 10% de recurrencias locales comunicado en numerosas series de cirugía conservadora, hace suponer que la nefrectomía radical sigue siendo la terapia de elección para la mayor parte de los pacientes con adenocarcinoma renal y riñón contralateral sano (6,29,36,37).

CONCLUSION

El 32% de los tumores de esta serie se diagnosticaron en forma incidental.

El método utilizado con mayor índice de diagnóstico fue la ecografía (86,9%).

Los tumores incidentales son diagnosticados en estadios más bajos, con tamaños tumorales menores a 5 centímetros en el 51,3%, y presentan mayor probabilidad de sobrevida que los sospechados ($p=0,001$).

Los tumores menores de 5 centímetros presentan mejor sobrevida ($p=0,001$).

El desarrollo de insuficiencia renal definitiva (creatinina > 1,5 mg/dl) fue del 5,1% en los tumores sospechados, 4% en los incidentales y 3,6% en los menores de 5 cm ($p=NS$).

Ningún paciente con función renal normal preoperatoria requirió hemodiálisis luego de la nefrectomía radical.

De acuerdo con estos hallazgos, la nefrectomía radical parecería seguir siendo la técnica de elección para el tratamiento de estos tumores.

BIBLIOGRAFIA

1. Yoshio Aso, y col.: A survey on incidental renal cell carcinoma in Japan. *J. Urol.*, 147:340, 1992.
2. Rozanec J. y col.: Tumores renales pequeños. La problemática del error diagnóstico. *Rev. Arg. Urol.*, 61:57, 1996.
3. Coimbra Ferrari F. y col.: Carcinoma renal incidental: Análisis en 22 años. *Rev. Arg. Urol.*, 61: 149, 1996.
4. Bretheau D. y col.: Prognostic significance of incidental renal cell carcinoma. *Eur. Urol.*, 27:319, 1995.
5. Carini M. y col.: Conservative surgical treatment of renal cell carcinoma - clinical experience and reappraisal of indications. *J. Urol.*, 140: 725, 1998.
6. Novick A.: Current surgical approaches, nephron sparing surgery, and the role surgery in the integrated immunologic approach to renal cell carcinoma. *Seminars in Oncology*, 22:29, 1995.
7. Thrasher J. B. y col.: Expanding indications for conservative renal surgery in renal cell carcinoma. *Urology*, 43:160, 1994.
8. Brenner B. M. y col.: The hyperfiltration theory: a paradigm shift in nephrology. *Kidney int.*, 49: 1774, 1996.
9. Brenner B. M. y col.: Nephron underdosing: a programmed cause of chronic renal failure. *Am J Kidney Dis.*, 21: 66, 1993.
10. Robson C. y col.: The results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *Trans. Am. Assoc. Genitourin., Surg.*, 60: 122, 1968.

11. Stein J. H.: Valores normales de pruebas funcionales y análisis de laboratorio habituales. En: Medicina Interna Jay H. Stein, 1 edición. Barcelona, Ed. Salvat, pág. 2063, 1984.
12. Tosaka A. y col.: Incidence and properties of renal masses and asymptomatic renal cell carcinoma detected by abdominal ultrasonography. *J. Urol.*, 144: 1097, 1990.
13. Tsukamoto, T. y col.: Clinical analysis of incidentally found renal cell carcinomas. *Eur Urol.*, 19: 109, 1991.
14. Caballero Alcántara, J. y col.: Carcinoma incidental de riñón. *Actas Urol. Esp.*, 7: 442, 1993.
15. Guinan, P. y col.: Renal cell carcinoma: tumor size, stage and survival. *J. Urol.*, 153: 901, 1995.
16. Skinner, D. y col.: Diagnosis and management of renal cell carcinoma: a clinical and pathological study of 309 cases. *Cancer* 28:1165, 1971.
17. Robson y col.: Radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 89:37, 1963.
18. Mc Nichols, D. y col.: Renal cell carcinoma: long term survival and late recurrence. *J. Urol.*, 126:17, 1981.
19. Best. B.: Renal carcinoma: a ten years review.1971-1980. *Br.J. Urol.*, 60: 100, 1987.
20. Golimbru, M. y col.: Renal cell carcinoma: survival and prognostic factors. *Urology.*, 27: 291, 1986.
21. Ameri, C. y col.: Carcinoma incidental: ¿una variable diagnóstica o evolutiva del carcinoma renal? *Rev. Arg. Urol.*, 63: 27, 1998.
22. Ogden, D.: Consequences of renal donation in man. *Amer J. Kidney Dis.*, 2: 501, 1983.
23. Ogden D.: Donor and recipient function 2 to 4 years after renal homotransplantation. A paired study of 28 cases. *Ann Intern Med.*, 67: 998, 1967.
24. Anderson, S. y col.: The role of hemodynamic factors in the initiation and progression of renal disease. *J. Urol.*, 133: 363, 1985.
25. Hostetter, T. y col.: Hyperfiltration in remnant nephrons: a potentially adverse response to renal ablation. *Amer J Physiol.*, 241: 85, 1981.
26. Sugino, N. y col.: Renal function after unilateral nephrectomy in normal man. *Clin Res.*, 15:143, abstract, 1967.
27. Olson, J. y col.: Altered glomerular permeability and progressive sclerosis following extreme ablation of renal mass. *Kidney int.*, 22: 112, 1982.
28. Argueso, L. y col.: Prognosis of children with solitary kidney after unilateral nephrectomy. *J. Urol.*, 148: 747, 1992.
29. Ljunberg, B. y col.: Radical nephrectomy is still preferable in the treatment of localized renal cell carcinoma. A long term followup study. *Eur. Urol.*, 33: 79, 1998.
30. Grossman H. B. y col.: Long-term assesment of renal function following nephrectomy for stage I renal carcinoma. *Br. J. Urol.*, 74: 279, 1994.
31. Dees, J.: Prognosis of the solitary kidney. *J. Urol.*, 83: 550, 1960.
32. Buttler B. P. y col.: Management of small unilateral renal cell carcinomas: radical versus nephron-sparing surgery. *Urology.*, 45: 34, 1995.
33. Campbell, S. y col.: Complications of Nephron Sparing surgery for renal tumours. *J. Urol.*, 151: 1177, 1994.
34. Polascik T. y col.: Partial nephrectomy: technique, complications and pathological findings. *J. Urol.*, 154: 1312, 1995.
35. Licht, M. y col.: Nephron sparing surgery in incidental versus suspected renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 152: 39,1994.
36. Herr, H.: Partial nephrectomy for incidental renal cell carcinoma. *Br. J. Urol.*, 74: 431, 1994.
37. Cheng, W. y col.: The incidence of multicentricity in renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 146: 1221, 1991.

Los autores han efectuado un interesante aporte respecto de la incidencia y conducta terapéutica en los tumores incidentales de riñón.

Con referencia al primer aspecto, confirman la noción generalizada de que el empleo extendido de técnicas modernas de diagnóstico por imágenes ha producido un incremento significativo de hallazgos de tumores de riñón sin expresión clínica. En la experiencia de los autores el número de diagnósticos incidentales se incrementó en algo más del 150% entre 1987 y 1996. Concomitantemente, los estadios fueron más bajos en este grupo en comparación a los diagnosticados por síntomas o signos que sugieren la existencia de tumor. Estos diagnósticos tempranos presuponen que los resultados terapéuticos serán, en principio, mejores a los obtenidos en tumores sintomáticos, en general más evolucionados y por ende de estadios más avanzados.

Por referencia a la conducta asumida, somos contestes que la cirugía radical es el patrón de referencia obligado ante los tumores de riñón y esta pauta sólo reconoce como excepciones los casos de neoplasia bilateral, tumor en riñón único anatómico o funcional o tumor unilateral con importante compromiso renal contralateral. Estas situaciones obligan a considerar la posibilidad de cirugía conservadora en el riñón tumoral. Ninguno de los casos de la comunicación se encontraba en las circunstancias referidas; en todos se llevó a cabo cirugía radical y ningún paciente requirió hemodiálisis por fallo de órgano remanente luego de la misma.

No obstante, existe un subgrupo de tumores conformado por aquellos de diagnóstico incidental, unilaterales, de pequeño tamaño (menor de cuatro centímetros de diámetro) y con contralateral sano, que merecen algunas consideraciones. No todas las lesiones sólidas de riñón son cánceres. Los adenomas corticales, los oncocitomas y los angiomiolipomas constituyen los tumores no malignos de riñón más frecuentes que sumados a otros de mucho menor incidencia (tumores de células glomerulares, nefroblásticos, teratomas, etc.) conforman alrededor del 15% de los tumores incidentales de pequeño volumen que corren el riesgo de ser sobretratados con una cirugía radical. Si a lo anterior se le adiciona el hecho de que el índice de multifocalidad tumoral inadvertida es relativamente bajo (alrededor del 6 por ciento) y que los resultados de series controladas y no controladas con técnicas conservadoras resultan similares a los obtenidos con conducta radical, puede inducirse que el empleo de aquellas tiene indicación en casos seleccionados.

Es probable que la conducta biológica del tumor tenga más importancia sobre el resultado final que el procedimiento quirúrgico elegido.

Rubén H. Bengió

Profesor Titular Plenario de Urología
Universidad Nacional de Córdoba