

TUMORES SÓLIDOS DEL RIÑÓN

Autor

Dra. Isis Pedro Silva

Servicio

Urología

INTRODUCCIÓN

Los tumores sólidos del riñón constituyen una de las afecciones más frecuentes del sistema genitourinario, siendo los adenocarcinomas o hipernefomas los de mayor incidencia.

La indicación terapéutica de nefrectomía radical como tratamiento curativo data de más de un siglo; no obstante, en la actualidad existe gran tendencia a la cirugía conservadora (aconsejable, opcional u obligada) dado la diversidad de tumores tanto benignos como malignos que se benefician con esta técnica, demostrándose supervivencia y evolución postoperatoria igual que en pacientes tratados mediante nefrectomía total.

Desde hace unos 20 años se viene realizando en nuestra institución la atención a pacientes con tumores sólidos del riñón, diagnosticados mediante ultrasonido renal y tomografía computarizada (TC) y sometidos a disímiles tratamiento, desde observación, hasta tratamiento inmunológico y tratamiento quirúrgico en dependencia de su estadio.

Consideramos necesario protocolizar los diferentes pasos asistenciales, tanto de estudio como de tratamiento, dada la complejidades de esta lesión y el pronóstico que conlleva en estos enfermos.

OBJETIVOS

- Evaluar los resultados del tratamiento en pacientes con tumores sólidos del riñón, tanto quirúrgicos como inmunológicos en el pre o pos operatorio.
- Valorar el efecto de las distintas técnicas quirúrgicas, radical o conservadora
- Identificar las posibles complicaciones resultantes de este tipo de cirugía
- Determinar la supervivencia y evolución pos operatoria de los pacientes según tratamiento recibido.

DESARROLLO

Pre ingreso

La estructura asistencial estará basada en:

- Recepción del caso remitido y la conclusión del estadiamiento en consulta externa para definir tratamiento definitivo.
- Realizar las investigaciones siguientes:

- ⊕ Ultrasonido abdominal (asociado o no a BAAF)
- ⊕ Tomografía Computarizada (TC)
- ⊕ Rx de tórax
- ⊕ Estudios de laboratorio (hemoglobina, creatinina, transaminasas, fosfatasa alcalina, eritrosedimentación e investigaciones hormonales en casos necesarios)

Tratamiento

La conducta terapéutica en pacientes con tumores sólidos del riñón varía según tipo histológico (benigno o maligno) y del estadiamiento, usando la clasificación internacional TNM.

Tratamiento quirúrgico

En caso de decidirse tratamiento quirúrgico en discusión colectiva, se tomaría como conducta:

- Cirugía radical, o
- Cirugía conservadora (tumorectomía, enucleación o nefrectomía polar)

Tratamiento inmunológico

- **Interferón α -2 recombinante:** como pre o post tratamiento quirúrgico, a dosis superiores de 9 millones UD, en asociación o no a otros medicamentos como la interleuquina, de alta morbi-mortalidad.

Embolización

- Embolización de la arteria renal de forma permanente en casos inoperables y que presentan sintomatología (hematuria, dolor e hipercalcemia)
- De forma transitoria, como tratamiento neoadyuvante pre operatorio, para disminuir el tamaño de la lesión y el sangramiento intra operatorio.

Seguimiento

El control de los pacientes se realizara en consulta externa del hospital

Consulta	1 ^a	2 ^a la 7 ^a	8 ^{va} a 12 ^{ma}	13 ^a a 16 ^a *
Frecuencia	1 mes	Cada 3 meses por 2 años	Cada 6 meses por 2 años	Anualmente por 4 años

(*) En determinados pacientes con enfermedades genéticas (enfermedad de Von Hippel-Lindou) el seguimiento es de por vida dado a la recurrencia frecuente del tumor

La evolución post operatoria estará apoyada, además del examen físico, por la realización de ultrasonido abdominal, Rx de tórax, estudios humorales-hemoquímicos y TC en caso de requerirlo, así como otros estudios en dependencia de la sintomatología. Todo con el objetivo de medir recurrencia y metástasis, para definir nuevo pronóstico del caso.

EVOLUCIÓN Y CONTROL

Indicadores de estructura		Plan %	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Urólogo y personal auxiliar entrenados en contenido del PA	95	95	--	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	--	< 80
Recursos Organiza- tivos	Garantizar el número progre- mado de 2 operaciones/semana	95	95	--	< 80
	% pacientes con Planilla de Re- cogida Datos (PRD) del PA	100	100	-	<100
	% pacientes con PRD incluida en LA Base de Datos	100	100	-	<100
Indicadores de procesos		Plan%	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con TSR con aplicación del tra- tamiento según criterios del PA		100	100	-	<100
% pacientes con TSR con cumplimiento del seguimiento según lo establece el PA		>90	>90	80-90	< 80
Indicadores de resultados		Plan%	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con TSR con mejoría en calidad de vida con tratamiento impuesto		>80	>80	70-80	< 70
% pacientes con TSR con complicaciones resultantes de cada proceder		< 2,5	< 2,5	2,5-6	>6

Información a pacientes y familiares

- Ofrecer una información general sobre el diagnostico, así como se les explicará los procedimientos que será necesario realizar y en que consisten estos (ultrasonido abdominal, TC abdomen, BAAF de la lesión en caso necesario, Rx de tórax, estudios hematológicos y si es imprescindible arteriografía renal).
- Informar las pautas terapéuticas del tratamiento medico o quirúrgico. Los potenciales riesgos anestésicos, operatorios, sangramiento, lesión de otros órganos, pudiendo llegar a la muerte. Se le pedirá su consentimiento informado y se plasmara en la historia.
- Brindar un informe medico detallado al alta hospitalaria o al salir de cirugía ambulatoria sobre el proceder realizado, pronóstico (recordar que no está exento de recidivas locales o metastásicas) y el tratamiento a seguir.
- Orientar sobre las consultas de seguimiento. En caso de enfermedad genética se les explicara que su seguimiento será de por vida.

- Orientar los pasos a dar si se presentara una complicación o necesidad de ser atendido por su medico antes de la consulta programada.

Bibliografía

1. Buizza C, Antonelli D, Chisena S, et al: Conservative therapy in renal carcinoma: Follow-Up. Arch Ital Urol Androl 1997 Apr; 69(2):93-100.
2. Gagci M, Lapini A. Imperative indications for conservative surgery for renal cell carcinoma: 20 years experience. Urol. Int. 2001. 67 (3):203-8.
3. Ghavamian R, Zincke H. Open surgical partial nephrectomy. Semin Urol Oncol 2001 May; 19(2):103-13.
4. Grasso M, Salonia A, Lania C, et al. Conservative surgery in small renal tumors: our experience: Arch Esp Urol 1999 Dec; 52(10):1102-7
5. Martinez Carrancio L, Monnerat R, Fernández Perez G, De la Fuente Buseta: Partial nephrectomy for renal cancer in patients with a normal contralateral kidney. Actas Urol Esp 1997 Nov-Dic; 21(10); 967-72.
6. Mortie JE: Follow up after partial o total nephrectomy for RCC. Urol CINA 21(4) 589, 1994.
7. Osorio V: Cirugía conservadora en pacientes con tumores sólidos del riñon: Fundamentos y resultados. Urol Ran Vol II N°1:15. 1999.
8. Persad RA, Probert JL, Sharma SD, et al: Surgical management of the renal manifestation of Von Hippel-Lindau disease: a review of a united kingdom case series. Br J Urol 1997 Sep;80(3):392-6
9. Salome F, Colombeau P, Fermeaux V, and ET all: Renal lesion in Von Hippel-Lindau Disease: The bening, the malignant, the unknown. Eur Urol 1998;34(5):383-92.
10. Walsh P, Retik A, Vaughan D, Wein A. Surgery of the kidney. Campbells Urology CD Multimedia. Eighth Edition. 2003, vol 4: cap 102.