

Caracterización de pacientes con adenocarcinoma renal

Characterization of patients with renal adenocarcinoma

Dr. Miguel Ángel Nagua Valencia,^I Dr. Tomás Lázaro Rodríguez Collar^{II}

I Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Urología. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

II Especialista de II Grado en Urología. Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el adenocarcinoma renal se considera una de las neoplasias más letales entre los cánceres urológicos.

Objetivo: caracterizar a los pacientes atendidos por adenocarcinoma renal, con énfasis en aspectos del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de vida.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de los pacientes atendidos por adenocarcinoma renal, desde enero de 1996 hasta diciembre de 2005. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, síntomas y signos, estudios imaginológicos, tamaño de la lesión/estadio tumoral, modalidades terapéuticas empleadas, complicaciones derivadas de estas y la sobrevida a los 5 años del tratamiento.

Resultados: en la serie de 94 pacientes prevaleció el grupo de edad de 50-59 años con 41 pacientes (43,6 %); el sexo masculino fue el más afectado con 66 casos (70,2 %); preponderó el diagnóstico incidental en 46 pacientes (48,9 %); el ultrasonido se empleó en la totalidad de los casos y fue positivo en el 98,9 %; predominaron las lesiones en el estadio I en 49 pacientes (52,1%); la modalidad terapéutica más empleada fue el tratamiento quirúrgico en 88 pacientes (93,6 %) y de esta, la nefrectomía por vía lumbar se le practicó a 59 pacientes (67,0 %). El 69,3 % de los pacientes no tuvo complicaciones. La sobrevida a los 5 años fue de 97,9 %.

Conclusiones: el diagnóstico incidental del adenocarcinoma renal se favorece por la pesquisa en grupos de riesgo, sintomáticos o no, con el empleo del ultrasonido

abdominal. Esto trae aparejado el tratamiento quirúrgico oportuno en estadios precoces y la mejoría significativa del pronóstico de vida.

Palabras clave: riñón, adenocarcinoma renal, diagnóstico incidental, ultrasonido diagnóstico, pronóstico de vida.

ABSTRACT

Introduction: the renal adenocarcinoma is considered as one of the more lethal neoplasias among urologic cancers.

Objective: to characterize the patients treated due to renal adenocarcinoma emphasizing the diagnostic features, the treatment and the life prognosis.

Methods: a descriptive study was conducted of patients cared due to renal adenocarcinoma from January, 1996 to December, 2005. Study variables included: age, sex, symptoms and signs, imaging studies, lesion size/tumor stage, therapeutical modalities used, complications derived from these and survival at 5 years of treatment.

Results: in series of 94 patients there was predominance of 50-59 age group with 41 patients (43.6 %); the male sex was the more involved one with 66 cases (70.2 %) as well as the incidental diagnosis in 46 patients (48.9 %); ultrasound (US) was used in all the cases and it was positive in the 98.9 % and predominance of stage I lesions in 49 patients (52.1 %); the more used therapeutical modality was the surgery in 88 patients (93.6 %) including the lumbar route nephrectomy carried out in 59 patients (67.0 %). The 69.3 % of patients have not complications. The 5-years survival was of 97.9 %.

Conclusions: the incidental diagnosis of renal adenocarcinoma is favored by the screening in risk groups, symptomatic or not, using the abdominal US. This is linked with a timely surgical treatment in early stages and the significant improvement of life prognosis.

Key words: kidney, renal adenocarcinoma, incidental diagnosis, diagnostic ultrasound, life prognosis.

INTRODUCCIÓN

Los tumores renales suponen el 3 % de todas las enfermedades neoplásicas que afectan al ser humano. El 80 % de los casos son adenocarcinomas y asientan en el parénquima. La prevalencia es el doble en hombres que en mujeres y se presenta, fundamentalmente, entre la quinta y la séptima décadas de la vida.¹

Los pacientes con adenocarcinoma renal pueden permanecer completamente asintomáticos, y se sospecha la enfermedad solo cuando aparecen metástasis. Por tales motivos se dice que esta enfermedad se encuentra entre las neoplasias humanas de evolución menos previsible.²

Dentro de los estudios utilizados para el diagnóstico imaginológico se cuenta con el ultrasonido, que permite distinguirlo de las lesiones quísticas. No obstante, la tomografía axial computadorizada (TAC), simple y contrastada, constituye el medio más sensible para su detección y colabora también en el hallazgo de posibles metástasis regionales.³

El tratamiento curativo es el quirúrgico, tanto radical como conservador. Se puede llevar a cabo a través de la cirugía abierta o mínimamente invasiva, y estas a su vez, por vía transperitoneal o lumbar.

Las variantes de tratamiento medicamentoso han sido frustrantes hasta el momento, no obstante se trabaja en su continuo mejoramiento y se estudian otras modalidades como: radiaciones, agentes hormonales, quimioterapia, inhibidores de la angiogénesis e inmunoterapia. También se usa el angiointerfero renal percutáneo como medida paliativa en pacientes con enfermedad avanzada, o como paso previo a la nefrectomía en casos seleccionados.⁴

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, el presente trabajo se propuso caracterizar a los pacientes atendidos por adenocarcinoma renal, durante un periodo de 9 años en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes egresados del Hospital Militar "Central Dr. Carlos J. Finlay" con diagnóstico previo de adenocarcinoma renal, en el período comprendido de enero de 1996 hasta diciembre de 2005.

Se revisaron 133 historias clínicas de pacientes atendidos por esta afección y la serie quedó constituida por 94 pacientes, mayores de 18 años de edad con diagnóstico histológico de adenocarcinoma renal o con diagnóstico imagenológico de adenocarcinoma renal no operados y que asistieron a las consultas de seguimiento evolutivo y se realizaron los estudios de control y/o los tratamientos indicados.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, síntomas y signos, estudios imaginológicos empleados, tamaño de la lesión/estadio tumoral, modalidades terapéuticas empleadas, complicaciones derivadas de estas, y sobrevida a los 5 años.

Para el procesamiento de la información, se creó una base de datos en Excel 2003. Los datos fueron procesados con el programa STATISTICA 6.1. Las variables cualitativas fueron descritas estadísticamente mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que el grupo de edades de 50 a 59 años fue el más afectado en 41 pacientes (43,6 %). La media fue de 57,8 y la desviación estándar de 10,02. Con respecto al sexo predominó el masculino con un total de 66 pacientes (70,2 %).

La tabla 2 refleja la distribución según los síntomas y signos encontrados donde el grupo que predominó fue el asintomático en 46 pacientes (48,9 %).

Según aparece en la tabla 3, el medio más utilizado para el diagnóstico imaginológico fue el ultrasonido, que se empleó en el 100 % de los casos y resultó positivo en 93 casos (98,9 %).

Tabla 1. Distribución de los pacientes con adenocarcinoma renal según edad y sexo

Grupos de edad	Sexo			
	Masculino	%	Femenino	%
30-39	2	2,1	0	0,0
40-49	13	13,8	4	4,2
50-59	29	30,9	12	12,8
60-69	15	16,0	9	9,6
70-79	4	4,2	2	2,1
80-89	3	3,2	1	1,1
Total	66	70,2	28	29,8

n= 94; media: 57,8; DE: 10,02.

Tabla 2. Pacientes con adenocarcinoma renal según síntomas y signos

Síntomas y signos	n	%
Asintomáticos	46	48,9
Dolor lumbar	18	19,1
Hipertensión arterial	12	12,8
Pérdida de peso	9	9,6
Hematuria	8	8,5
Astenia	8	8,5
Tumor palpable	5	5,3
Fiebre	4	4,2
Anemia	3	3,2
Dolor óseo	3	3,2
Dispepsia	2	2,1

n= 94.

Tabla 3. Estudios imaginológicos empleados en los pacientes con adenocarcinoma renal

Estudio imaginológico	No.	Positivo	Negativo
Ultrasonido	94	93	1
TAC simple	94	92	2
TAC contrastada *	89	88	1
Urograma excretor	6	4	2
Radiografía del tórax	94	6	88
Resonancia magnética	1	1	0

* A 5 pacientes no se les hizo la TAC contrastada por ser alérgicos al yodo.
n= 94.

En la tabla 4 se relaciona el tamaño tumoral con el estadio y se constata que las lesiones tumorales que prevalecieron fueron las que se encontraban en el estadio I (T1N0M0), en 49 pacientes para el 52,1 % y de ellas el 100 % tenían un tamaño entre 2 y 7 cm.

Tabla 4. Pacientes con adenocarcinoma renal según tamaño tumoral y estadio

Tamaño (cm)	T1N0M0		T2N0M0		T3N1M0		T4N1M1	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
2-6	16	32,7	10	52,6	3	25,0	8	57,1
7	33	67,3	4	21,1	2	16,7	2	14,3
8 o más	0	0,0	5	26,3	7	58,3	4	28,6
Total	49	100,0	19	100,0	12	100,0	14	100,0

n= 94.

Según muestra la tabla 5, el tipo de tratamiento empleado fue el quirúrgico en 88 pacientes (93,6 %) mediante la nefrectomía radical en 74 pacientes (78,7 %). La vía de abordaje lumbar se empleó en 59 pacientes (67,0 %).

En 61 pacientes (69,3 %) no hubo complicaciones derivadas del tratamiento quirúrgico realizado. La secuela que se presentó con mayor frecuencia fue la neuritis intercostal en 13 pacientes (14,8 %).

Tabla 5. Tratamiento recibido por los pacientes con adenocarcinoma renal

Tipo de tratamiento	No.	%
Cirugía radical	74	78,7
Cirugía más INF α r	14	14,9
Angioinfarto renal percutáneo	6	6,4
Total	94	100,0

INF α r: Interferón alfa recombinante.

En la tabla 6 se expresa la sobrevida de los pacientes de la serie hasta los primeros 5 años del tratamiento. Se constata que en el grupo de pacientes del estadio tumoral I, la sobrevida fue del 100 % durante el 1er. y 2do. años y, del 97,9 % durante el 3er., 4to. y 5to. años.

Tabla 6. Sobrevida de los pacientes con adenocarcinoma renal a los 5 años según estadio tumoral inicial

Sobrevida (años)	Estadio tumoral							
	T1N0M0 (n= 49)		T2N0M0 (n= 19)		T3N1M0 (n= 12)		T4N1M1 (n= 14)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	49	100,0	19	100,0	12	100,0	11	78,6
2	49	100,0	19	100,0	12	100,0	10	71,4
3	48	97,9	19	100,0	11	91,7	8	57,1
4	48	97,9	19	100,0	11	91,7	7	50,0
5	48	97,9	18	94,7	10	83,3	4	28,6

n= 94.

DISCUSIÓN

Al analizar la edad de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma renal se pudo comprobar, que tanto en la literatura nacional como en la internacional revisada, los reportes son muy similares a lo expuesto en la presente investigación, lo cual coincide en que el grupo de edad más afectado fue el de 50 a 59 años. Según *Regueiro* y otros⁵ en un estudio realizado en el 2009 en Córdoba, España, la edad media de presentación en la serie estudiada fue entre 50 y 55 años. *Dahlman* y *Brekkan*,⁶ en el 2007 en Suecia, realizaron un estudio retrospectivo en 232 pacientes, con diagnóstico de adenocarcinoma renal, donde la edad media en el momento del diagnóstico fue de 68 años \pm 11 con un rango de edad entre 40 y 90 años.

Al revisar la literatura nacional se encontró que *Ares Valdés y Fragas Valdés*⁷ en un estudio realizado en el Hospital Universitario "Manuel Fajardo", de enero de 1990 a diciembre del 2003, reportaron que la mayor incidencia del adenocarcinoma renal fue entre los 50 y los 70 años. Por otra parte, *Rodríguez Collar y Gil del Valle*,⁸ en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", entre enero del 1998 y diciembre del 2002 realizaron una investigación en 24 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma renal, y encontraron que el rango de edad que prevaleció fue la sexta década de la vida, con 13 pacientes (54,2 %).

En cuanto al sexo, concuerda con lo reportado hasta el momento ya que, de forma general, se recoge que el sexo masculino prevalece sobre el femenino a razón de 2/3:1.9 La proporción de varones fue 2,35 veces más que las mujeres en esta investigación, lo que puede estar en relación con la mayor exposición del sexo masculino a los factores de riesgo conocidos, que favorecen la aparición de la enfermedad.

La presentación clínica del adenocarcinoma renal continúa siendo variada, y en no pocas ocasiones presenta carácter multifacético y engañoso, lo que lo reafirma en su condición de "gran simulador de la medicina". Según los autores consultados la triada clásica de masa tumoral palpable, hematuria y dolor en flanco es raro encontrarla en la actualidad, y siempre presupone una enfermedad avanzada con un mal pronóstico para el paciente.^{3,4,9}

El porcentaje de pacientes diagnosticados de forma incidental informados en este trabajo, coincide con lo reportado por otros autores, lo que está influenciado por la accesibilidad a los medios diagnósticos con que cuenta la población. Así se observa que estudios realizados por *Bleumer, Oosterwijk, y de Mulder*,¹⁰ en Europa, encontraron que el diagnóstico incidental tiene un comportamiento de 30-50 %. En otro estudio de 189 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma renal, el 46 % fue realizado de forma incidental.¹¹ Sin embargo, en un trabajo nacional el diagnóstico incidental se obtuvo solamente en el 20 % de una muestra de 50 pacientes.⁷

En cuanto a los exámenes más empleados en el diagnóstico imaginológico, hay coincidencia con los estudios revisados para la realización de esta investigación. Así, en un estudio realizado en el 2005 se reportó que la principal prueba diagnóstica que detectó el adenocarcinoma renal de forma incidental fue el ultrasonido el 78 %; se completó el estudio posteriormente con una TAC, y solo el 22 % fue diagnosticado debido a la existencia de clínica o sintomatología relacionada con el tumor o con sus metástasis.¹¹

Otros trabajos coinciden en la mayor frecuencia de un diagnóstico incidental, y la ultrasonografía ha resultado el método más utilizado para ello.^{12,13} Esta técnica, unida a la TAC ha supuesto un paso de avance sustancial en el diagnóstico precoz del adenocarcinoma renal.^{3,9,13}

En referencia al estadio tumoral en el momento del diagnóstico, este estudio coincide con otros reportes en que la mayoría de los casos se corresponden al estadio I. En Cuba, *Ares Valdés y Fragas Valdés*,⁷ encontraron al momento del diagnóstico, en el estadio clínico T1 el 66,6 % y en el T2 al 33,3 %. En un trabajo europeo se reporta que no tenían síntomas en el momento del diagnóstico, aquellos pacientes cuyas dimensiones del tumor eran de $4,9 \pm 2,6$ cm, y sí los tenían aquellos cuyo tamaño era de $8,9 \pm 3,2$ cm.⁶ En esta publicación, también la mayoría de los casos diagnosticados incidentalmente estaban en el estadio I.

Con respecto al tratamiento de esta entidad nosológica son muchas las modalidades que se aplican, pero los autores coinciden con lo referido en los trabajos revisados en

que la nefrectomía radical con margen oncológico es el tratamiento de elección para la curación del adenocarcinoma renal localizado.^{3,7,14,15} Esta intervención se puede hacer por varias vías, ya sea la lumbar o la transperitoneal y estas a su vez, por cirugía abierta convencional o de mínimo acceso. Así mismo, la variante terapéutica varía en relación con la etapa en que se haga el diagnóstico, pero siempre el tratamiento quirúrgico se ha asociado con los pacientes que tienen una mayor sobrevida después de su aplicación.^{4,7,13}

En cuanto a las complicaciones derivadas del tratamiento quirúrgico, no se reportó ninguna en los estudios revisados para la realización de este trabajo. En esta serie la secuela que más se presentó fue la neuritis intercostal, la cual recibió tratamiento exitoso mediante el bloqueo anestésico local con alcohol absoluto en unos casos, y con acupuntura en otros.

El dolor lumbar y la febrícula que se produjeron después del angiointarto renal percutáneo, en los 6 pacientes a los cuales se les aplicó esta modalidad terapéutica, son consecuencias inherentes y prácticamente inevitables de este proceder.⁸ Igualmente ocurrió con las reacciones adversas del uso del interferón alfa recombinante, que son propias del uso del medicamento pero en ningún momento fue causa de abandono ni de modificación del tratamiento.

Al correlacionar el estadio tumoral con la sobrevida a los 5 años, se muestra que el grupo de pacientes que se ubicó en el estadio I tuvo una sobrevida elevada. Por tal motivo se corresponde con la bibliografía consultada, en que el diagnóstico incidental se relaciona con los estadios más bajos de la enfermedad, lo que representa regresión total de la carga tumoral e índices de sobrevida superiores al realizar el tratamiento quirúrgico oportuno.^{3,16}

Se ha reportado que el interferón alfa recombinante tiene, aproximadamente, una tasa de respuesta objetiva del 15 % en individuos seleccionados.¹⁷ Sin embargo, se ha evaluado la sobrevida de los pacientes con adenocarcinoma renal metastático y se constató, que no hubo respuesta significativa ni regresión de la carga tumoral, en ningún caso, con el uso del interferón como terapia única. La sobrevida fue mejor en los casos a los que se les realizó la nefrectomía radical más interferón que en los casos tratados con interferón como monoterapia.¹⁶

Se concluye que el diagnóstico incidental del adenocarcinoma renal, se favorece mediante su pesquisa en grupos de riesgo, sintomáticos o no, con el empleo del ultrasonido abdominal. Esto trae aparejado el tratamiento quirúrgico oportuno en estadios precoces, y la mejoría significativa del pronóstico de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mollet del Vallés SL. Merck de Oncología. Madrid: Farma y Química; 2006. p. 752-4.
2. Zanetti R, Giacomini A. Urinary tract cancers: kidney and urinary bladder. Epidemiol Prev. 2006;28(2):82-7.

3. Novick AC, Campbell SC. Tumors of the kidney. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. Campbell's Urology. 9th ed. Chapter 75. [CD-ROM]. Philadelphia: Saunders; 2007.
4. Gonçalves PD, Srougi M, Dall'lio MF, Leite KR, Ortiz V, Hering F. Low clinical stage renal cell carcinoma: relevance of microvascular tumor invasion as a prognostic parameter. *J Urol*. 2007 Aug; 172(2): 470-4.
5. Regueiro López JC, Ruiz García J, Leva Vallejo M, López Beltrán A. Hidronefrosis como cáncer papilar renal. *Arch Esp Urol*. 2009; 62(2): 144-7.
6. Dahlman P, Brekkan E. CT of the kidneys: What size are renal cell carcinomas when they cause symptoms or signs? *Scand J Urol Nephrol*. 2007; 41: 490-5.
7. Ares Valdés Y, Fragas Valdés R. Carcinoma de células renales incidental. *Arch Esp Urol*. 2005; 58(5): 417-20.
8. Rodríguez Collar TL, Gil del Valle Y. Morbilidad del carcinoma de células renales. *Rev Cubana Med Milit [Internet]* 2006 Dic [citado 2011 Mar 22]; 35(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000400005&lng=es
9. Barjorin DF. Tumors of the kidney, bladder, ureters, and renal pelvis. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 23rd ed. [CD-ROM] Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.
10. Bleumer I, Oosterwijk E, de Mulder P, Mulders PF. Immunotherapy for renal cell carcinoma. *Eur Urol*. 2003; 44: 65-75.
11. Fernández Rosado E, Suárez Pascual G, Blanco Diez A, Barbagelata López A, Ponce Díaz- Reixa JL, Novas Castro S, et al. Estudio clínico-patológico de los adenocarcinomas renales incidentales. *Arch Esp Urol*. 2005; 58(7): 635-40.
12. Siemer S, Uder M, Humke U. Value of ultrasound in early diagnosis of renal cell carcinoma. *Urologe A*. 2006 Mar; 39(2): 149-53.
13. Bos SD, Mellema CT, Mensink HJ. Increase in incidental renal cell carcinoma in the northern part of the Netherlands. *Eur Urol*. 2008 May; 37(3): 267-70.
14. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. *Scand J Surg*. 2004; 93(2): 88-96.
15. Kato M, Suzuki T, Suzuki Y, Terasawa Y, Sasano H, Arai Y. Natural history of small renal cell carcinoma: evaluation of growth rate, histological grade, cell proliferation and apoptosis. *J Urol*. 2006 Sept; 172(3): 863-6.
16. Ares Valdés Y. Sobrevida de los pacientes con carcinoma renal avanzado tratados con interferón. *Arch Esp Urol*. 2009; 62(1): 17-2.

17. Coppin C, Porzsolt F, Awa A, Kumpf J, Coldman A, Wilt T. Immunotherapy for advanced renal cell cancer. Cochrane Database Syst Rev 2005; *Jan 25*; (1): CD001425 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15674877/>

Recibido: 27 de abril de 2011.

Aprobado: 2 de junio de 2011.

Dr. *Miguel Ángel Nagua Valencia*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".
Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico:
mnaguav@infomed.sld.cu