

DIAGNOSTICO RETROSPECTIVO DEL CANCER RENAL

Instituto de Oncología "Angel H. Roffo"

Dr. Edgardo Juan José Cartelli

Ha dicho Creevy que los tumores malignos del riñón deben ser agrupados junto con la sífilis y la TBC entre los grandes "mísmicos" de la medicina clínica, y creemos que con justicia, pues esta neoplasia suele presentar manifestación semiológica tardía y en muchas ocasiones ésta es fugaz y precede en años a la signo-sintomatología urinaria que nos oriente a ella;

La triada clásica de hematuria-dolor-tumor, nacida en el siglo pasado, que en la casuística mundial se presenta en su totalidad en un 10-15 por ciento de los casos, deja de tener valor taxativo en la actualidad, pues cuando se la encuentra completa ya el tumor se halla en su pleno apogeo como enfermedad neoplásica. Es por ello que no sólo el urólogo experimentado, sino también el clínico general, deben estar prevenidos ante las manifestaciones precoces del cáncer renal para de esa forma poder detectar el tumor en sus primeros estadios y evitar así el tener que tratar enfermos que oncológicamente son intratables y en los cuales nuestra actuación se limita a la acción paliativa o antiálgica.

Todos estos signos o síntomas que han sido agrupados como "Síndrome Paraneoplásico" o "Efectos Sistémicos" (Chisholm), deben ser evaluados exhaustivamente pues son el primer indicio de cáncer y aun preceder en años a la sintomatología clásica, y cuando ellos se desconocen hacen que los pacientes concurren a la consulta del especialista cuando su neoplasia ya es enfermedad cáncer y su polisintomatología escapa a los tratamientos presumiblemente curativos que se le podrían haber otorgado.

Estos pacientes "difíciles" que consultan a su médico clínico por trastornos inespecíficos, con sintomatología en esfera digestiva, cansancio sin causa aparente, síndrome febril prolongado y cuyos estudios de laboratorio nos revelan anemia o poliglobulia no acompañada de leucopenia ni trombopenia, eritrosedimentación acelerada, hipertensión arterial, aumento de mucoproteínas séricas, pseudohiperparatiroidismo, alfa-2-globulinas, haptoglobinas o proteína C reactiva, todos ellos en forma disociada y sin que se pueda objetivar la causa de tales manifestaciones, deben hacer pensar en posible patología tumoral renal y por tanto ser estudiados ampliamente, hasta poder demostrar lo contrario, pues su desconocimiento o subvaloración hacen que en un 40 por ciento de los casos los pacientes lleguen al diagnóstico de cáncer renal en forma retrospectiva por la biopsia de otra patología, que nos induce al estudio del árbol urinario y cuando ya el tumor es enfermedad cáncer.

Los tumores malignos del riñón pueden dar metástasis alejadas precoces, únicas o múltiples (uno de nuestros pacientes presentó metástasis ocho años antes de la nefrectomía (?), aun en casos de tumores pequeños y rodeados de estroma conjuntivo-reaccional que hace que aparentemente sean encapsulados (nódulos ? - adenomas ?) y que no presenten manifestación intrínseca ni extrínseca; estas metástasis suelen observarse por orden de frecuencia en pulmón, ganglios, riñón contralateral, suprarrenal, corazón, hígado, encéfalo, huesos y con menor frecuencia en peritoneo, bazo, páncreas, vesícula, amígdalas, laringe, tiroides órbita, iris, lengua, etc..

En razón de haber atendido siete de estos pacientes, en que el diagnóstico de tumor renal se realizó en forma retrospectiva, por estudios de otra patología, mediante biopsias y que no

presentaban signo-sintomatología urológica o al menos élla no despertó la atención del paciente ni de su médico tratante, nos motivó a presentar esta comunicación.

C A S U I S T I C A

1) T.C. Español. 71 años, casado. H.C. 10.330.

Comenzó aproximadamente en noviembre de 1973, notando el paciente una tumoración en clavícula izquierda que crece progresivamente. En enero de 1974 se le efectúa una biopsia de la masa tumoral, cuya A.P. informa: tejido óseo con fenómenos de reabsorción ósea; no existe lesión tumoral. En febrero de 1974 presenta adenopatías en la misma zona, que son biopsiadas. El informe histopatológico dice: ganglio sin tumor. Al mismo tiempo aparece limitación de los movimientos del globo ocular izquierdo y visión borrosa. A raíz de un examen neurológico se decide efectuar centellograma de cráneo, que informa: aumento de captación en región retroorbitaria. En marzo de 1974 se decide extirpar la clavícula, que aumentaba de tamaño y el estudio histopatológico informó: Metástasis ósea de carcinoma de corteza renal (Hipernefroma).

Es enviado al servicio de urología, donde se solicita un urograma excretor en el que se observa en riñón izquierdo, cáliz superior y medio rechazados y distorsionados por una masa expansiva. Con diagnóstico presuntivo de tumor de riñón es intervenido, efectuándose nefrectomía radical ampliada. El estudio anatomopatológico informó: adenocarcinoma de riñón.

2) M.F.C. Argentina, 53 años, soltera. H.C. 3.559.

En febrero de 1972 presentó nódulo supraclavicular izquierdo, que le fue extirpado (ignora si se biopsio). Como luego de la exéresis el tumor siguiera creciendo, consulta al Instituto "Angel H. Roffo", donde al examen se comprueba adenopatía en hueso supraclavicular de 10 x 15 cm, por lo que se le efectúa una biopsia que es informada como: adenocarcinoma (metástasis de carcinoma renal en ganglio). Se envía al servicio de urología, donde se solicitan estudios radiológicos, comprobándose en el urograma: ausencia de cáliz medio de R.D.. A fin de aclarar la imagen urográfica se solicita centellograma renal, que es informado: masa ocupante fría en región media externa de riñón derecho. Al mismo tiempo se efectúa una cistoscopia, comprobándose que el meato ureteral derecho eyacula sangre con poco impulso.

Con diagnóstico presuntivo de tumor renal se opera, efectuándosele nefrectomía radical ampliada, cuya histopatología informa: riñón de 12 x 7 x 5 cm en cuya parte media se observa masa tumoral de 5 x 5 cm. Diagnóstico histológico: carcinoma de corteza renal, variedad papilar. Consultado nuevamente el patólogo, se confirma que la histología de la metástasis ganglionar es un todo similar a la del tumor de riñón.

3) M.A. Argentino. Casado, 80 años de edad. H.C. 96.474.

En 1969 presenta fractura patológica de maxilar inferior y nota aparición de tumor en la zona. Se efectúa tratamiento quirúrgico y posteriormente Co. 60 (en 1970 y 1971. Ignora dosis) y luego quimioterapia. En septiembre de 1971 concurre al Instituto Roffo presentando tumoración de 5 x 4 cm, ulcerada, sangrante, en piso de la boca y encía derecha; formación irregular sobre rama derecha de maxilar inferior. Pequeñas adenopatías bilaterales. En diciembre de 1971 se le efectúa exéresis del tumor; el estudio anatomopatológico informa: adenocarcinoma de células claras. Es enviado al servicio de urología y en el estudio radiológico se observa riñón derecho aumentado de tamaño, sin deformación de su contorno; deformación y elongación de cáliz inferior y medio como comprimido por masa tumoral. El 27 de enero, con diagnóstico

presuntivo de tumor de riñón, se le efectúa nefrectomía radical ampliada. El estudio histopatológico informa: aded carcinoma papilífero de riñón, de células claras y oscuras (Grawitz).

4) M. de J. V. de P. Argentina, casada, 68 años. H.C. 98.142.

En septiembre de 1971 presenta dolor brusco en tercio superior de brazo derecho e impotencia funcional, efectuándosele en noviembre de ese año inmovilización con yeso durante 20 días, sin notar mejoría. Concorre al Hospital Escuela "José de San Martín", donde se le efectúa estudio radiológico, comprobándose fractura patológica, por lo que se le realiza biopsia de la lesión que es informada como: tumor de células claras (hiper nefroma). Se le efectúa radioterapia sobre la lesión del brazo. Enviada al servicio de urología, se hacen estudios radiológicos y aortografía confirmando tumor renal derecho.

El 10 de enero de 1972 se le inmoviliza el brazo y el 10 de febrero se realiza nefrectomía radical ampliada. El estudio anatomopatológico de la pieza informó: carcinoma de células claras.

5) A.C. Italiano, casado, 72 años. H.C. 6.644.

En enero de 1972 comienza a sentir dolor en las tres últimas costillas del lado derecho y línea axilar posterior, días después aparece una tumoración del tamaño de una naranja en ese mismo lugar y concomitantemente aumento del dolor. En febrero de 1972 se le resecan las costillas. El informe anatomopatológico consigna: carcinoma transicional semidiferenciado. Es enviado al servicio de urología, donde se le hacen los estudios correspondientes; en el urograma excretor se observa imagen sospechosa de tumor en pelvis renal izquierda.

En junio de 1972 se le efectuó nefroureterectomía y cistectomía parcial. El informe anatomopatológico dio: carcinoma de pelvis renal, transicional, semidiferenciado, que invade riñón. Posteriormente fue irradiado en fosa lumbar (4.200 rad.) debiendo ser reoperado por aparición de metástasis en la herida, que ocasionaban lumbalgias con irradiación a la ingle.

6) E.F.G. Argentino, casado, 59 años. H.C. 11.307.

En el año 1965 presenta dolor intercostal izquierdo. En la provincia de La Pampa, de donde es oriundo, se le efectuaron radiografías en las que se observa lesión costal, por lo que se procedió a su extirpación. El informe anatomopatológico dio: metástasis de tumor a células claras. Posteriormente no realizó ningún control ni otro tratamiento. En el año 1971 presenta hematuria con eliminación de un cálculo, por lo que fue tratado como litiasico. En el año 1973, en La Pampa, detectan aumento de tamaño del riñón derecho; concorre a esta capital donde se le hacen estudios radiológicos, en los que se observa: aumento de tamaño del riñón derecho, que se halla excluido; tórax: metástasis múltiples. El 19 de septiembre de 1973 se le efectúa nefrectomía derecha que fue informada como adenocarcinoma renal. Posteriormente se le efectuó quimioterapia (Vincristina, luego Adriamicina, 200 mg), siendo dado de alta con mejoría subjetiva (disnea) y discreta mejoría objetiva de sus metástasis pulmonares. El 18 de marzo de 1974 concorre al Instituto por presenta dolor en columna cervical; se indica minerva de yeso, terapia radiante en columna cervical y quimioterapia más hormoterapia. En mayo de 1974, se encuentra muy mejorado del dolor; deambula; (3.000 r); recupera peso y apetito. Luego desaparece del servicio, volviendo a La Pampa.

7) A.D.O. Italiano, casado, 52 años. H.C. 9.846.

Comenzó en mayo de 1973 con dolores en cara interna de muslo derecho y región sacra del mismo lado, siendo tratado sintomaticamente, mejorando hasta septiembre, en que

recrudescieron las molestias. Concorre a un hospital donde se le efectúan radiografías y centellograma óseo, que demostraron osteólisis de alerón sacro y cresta ilíaca derecha, siendo remitido al Instituto Roffo para completar estudios. Al examen se comprueba enfermo que no deambula por el intenso dolor; perdió 8 kg de peso; antecedentes s/p; examen general s/p. Análisis en límites normales, excepto una eritrosedimentación de 100/125. Se pide consulta al servicio de urología, donde se comprueba al examen del paciente, aumento de tamaño del riñón derecho, palpándose polo inferior algo doloroso, duro, móvil. En el estudio radiológico no se observa deformación de la arquitectura pielocalicial. Se pide arteriografía que no se pudo realizar por razones técnicas, por lo que se solicita centellograma renal, que informa: zona fría a nivel de polo inferior de riñón derecho. Siguiéron estudios y se decidió la exploración quirúrgica, efectuándosele nefrectomía radical ampliada, cuyo estudio histopatológico dio: rhabdomyosarcoma pleomorfo de riñón con probable origen en cápsula.

Comentarios

La aparición de metástasis atribuibles a cáncer de riñón antes de hallado el primitivo, podría certificar la presencia de esos pequeños nódulos aparentemente "encapsulados", por la reacción conjuntivo-reaccional y justificarían la teoría de Bemington, que considera a los adenomas como tumores malignos, pues en esta etapa que podríamos considerar pre-neoplásica, las metástasis, de existir, sólo serían detectables por métodos inmunobiológicos, coexistiendo además una estrecha relación huésped-tumor, que haría que la progresión de la enfermedad cáncer se viera detenida o minimizada en sus manifestaciones clínicas.

Por otra parte, la presencia de metástasis no frecuentes, podría explicarse de acuerdo a los estudios de Edwards y col., por la aparición de corto circuitos (shunts) linfovenosos observados a nivel de tejidos neoplásicos y sólo comprobados en el 2 por ciento de pacientes sanos. Estos cortocircuitos (shunts) serían favorables clínicamente en el pronóstico de los linfoedemas primarios que aparecen en los grandes vaciamientos ganglionares pues permitirían un mejor avenamiento de los territorios excluidos.

*

B I B L I O G R A F I A

- Ackerman, L.V. and del Regato, J.A. Cancer. The Mosby Co. Saint Louis, 1962.
- Berger, L. and Sinkoff, M.W. Systemic manifestations of hypernephroma. A review of 273 cases. Am.J. of Md., 22: 791, 1957.
- Cartelli, N., Millan, J.. Tumor renal a sintomatología febril. Prensa Médica Argentina 45: 3050, 1961.
- Chisholm, G.D. The systemic effects of malignant renal tumors. Brit.J. Urol., 43: 687, 1971.
- Creevy, C.D. Confusing clinical manifestations of malignant renal neoplasms. Arch. Int. Med., 55: 895, 1935.
- de Rosas, J.M., Canton, J.E., López Ejarque, F.. Diagnóstico de carcinoma renal por biopsias de metástasis alejadas, en pacientes sin síntomas urinarios. Rev. Arg. de Urol. y Nefr., 37: 39, 1968.
- Edwards, J.M., Kinmonth, J.B.. Lymphovenous shunts in man. British Medical Journal, 4: 579, 1969.
- Grabstald, H.. Experimental aspects of renal tumors. Journal of Surgical Oncology, pag. 509, 1973.
- Lore, J.M. Jr., Madden, J.L., Gerold, F.P.. Pre-existing portacaval shunts. A hypothesis for the bizarre metastases of some carcinomas. Cancer, 11: 24, 1958.
- Melixow, M.M., Uson, A.C. Non urologic symptoms in patients with renal cancer, J.A.M.A., 172: 146, 1960.

- Ortiz Quesada, F., Sandoval Parra, R.. Adenocarcinoma renal en el adulto. La prensa Médica Mexicana. C. Amor S. México, 1973.
- Piard, A., Mabilie, J.P., Putelat, R., Michiels, R., Rifle, C., Justrabo, E., Bourgeaux, C., Juglaret, M.. Syndrome paraneoplasique a manifestations multiples revelateur d'un hypernephrome, avec presence d'alpha-foeto-proteine. Sem.Hop., Paris, 49: 341, 1973.
- .. Solari, J.J., Muzio, A., Singer, E.. Tumores febriles de riñón. Rev. Arg. de Urol. y Nefrol., 37: 96, 1968.
- Warren, M.M., Kelalis, P.P., Utz, D.C.. The changing concept of hypernephroma. J. of Urol., 104: 376, 1970.
