

## CARCINOMA RENAL BILATERAL SIMULTANEO

Dr. Seoane, I. - Dr. Pagliere, H.

### Resumen

Se presenta un caso de carcinoma renal bilateral simultáneo tratado con nefrectomía parcial de un lado y radical del otro, con un intervalo de 2½ meses, y se efectúa una revisión de los casos publicados en la literatura mundial y nacional.

El cáncer de riñón comprende 2,8 % de las enfermedades malignas y el carcinoma a células claras 83 % de las correspondientes al riñón.

Casos de hipernefroma bilateral han sido publicados con mayor frecuencia en los últimos tiempos. Villegas (1967) describe 39 casos publicados en la literatura mundial, agregando Vermillion y col. (1972) 12 más, la mayoría de los cuales fueron asincrónicos.

Los tumores simultáneos son mucho más raros. En 1968, Small y col., en una amplia revisión de la bibliografía, encuentran 17 casos, agregando ellos 1 más. Posteriormente son presentados 10 más hasta la fecha.

En nuestra Sociedad, Firstater (1956) presentó un caso de carcinoma renal bilateral simultáneo, pero no diagnosticado en el mismo momento.

El tratamiento de estos pacientes es tema actual de controversia, especialmente desde el advenimiento del trasplante renal.

El motivo de esta comunicación es presentar un caso de carcinoma renal bilateral simultáneo, tratado con nefrectomía parcial de un lado y radical del otro.

### Presentación del caso

Paciente M. A. W., masculino, de 38 años de edad. Historia clínica N° 145.788 del Servicio de Urología del Hospital Nacional "Prof. Dr. Mariano R. Castex".

Comienza el 30/8/75 con un cuadro de epididimitis derecha, por lo que concurre a un establecimiento hospitalario, donde, aparentemente por rutina, se le efectúa una urografía excretora (fig. 1), diagnosticándosele quiste renal izquierdo, y se le aconseja control radiológico cada 6 meses, que el enfermo realiza sistemáticamente, permaneciendo las imágenes con las mismas características.



Figura 1. Urografía excretora preoperatoria.

El 19/11/76 presenta un cólico renal derecho y hematuria total. Se repite el urograma (fig. 2) y se comprueba distorsión del grupo calicular medio izquierdo (imagen en pinza), similar a los estudios anteriores y un moderado desplazamiento del cáliz inferior derecho.

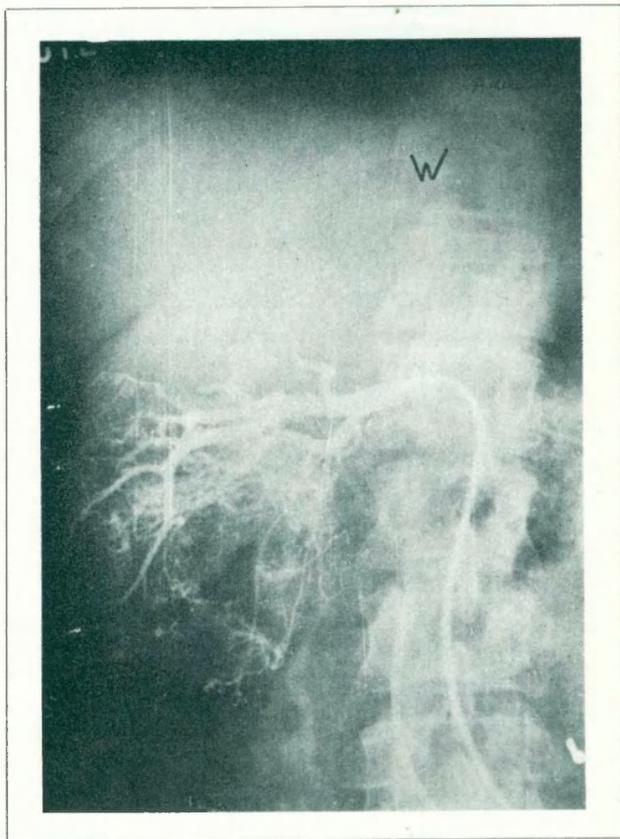


Figura 2. Arteriografía renal derecha.

Ante la presunción de una patología renal bilateral se indica angiografía renal. El mismo confirma la presencia, en el lado derecho, de una formación tumoral hipervascularizada, que ocupa la mitad inferior del riñón (fig. 3) con compromiso de la vena homóloga. En el lado izquierdo se observa zona de neovascularización que ocupa el tercio medio del riñón. La prueba de adrenalina en ambos lados fue positiva (fig. 4).

Los estudios de laboratorio demostraron:  
hemograma: normal;  
eritrosedimentación: 1ª hora, 13; 2ª hora, 30;

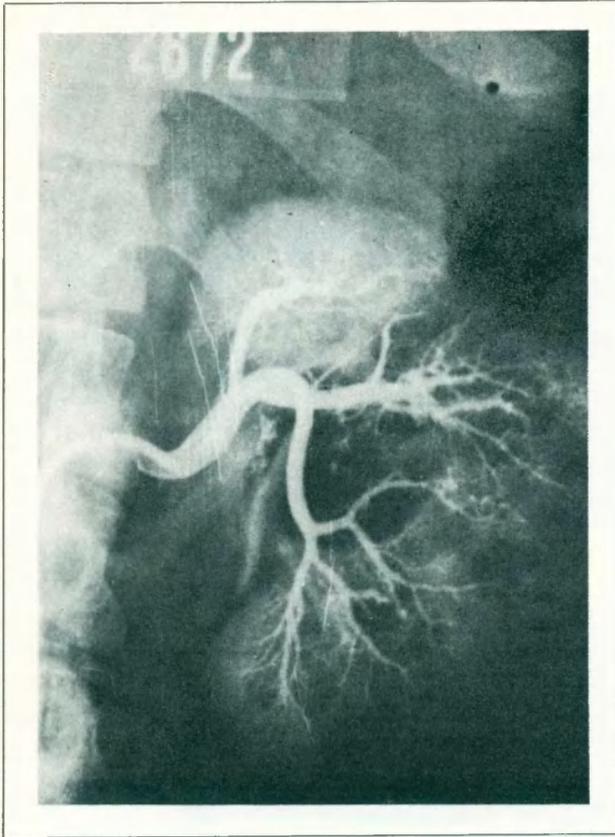


Figura 3. Arteriografía renal izquierda.

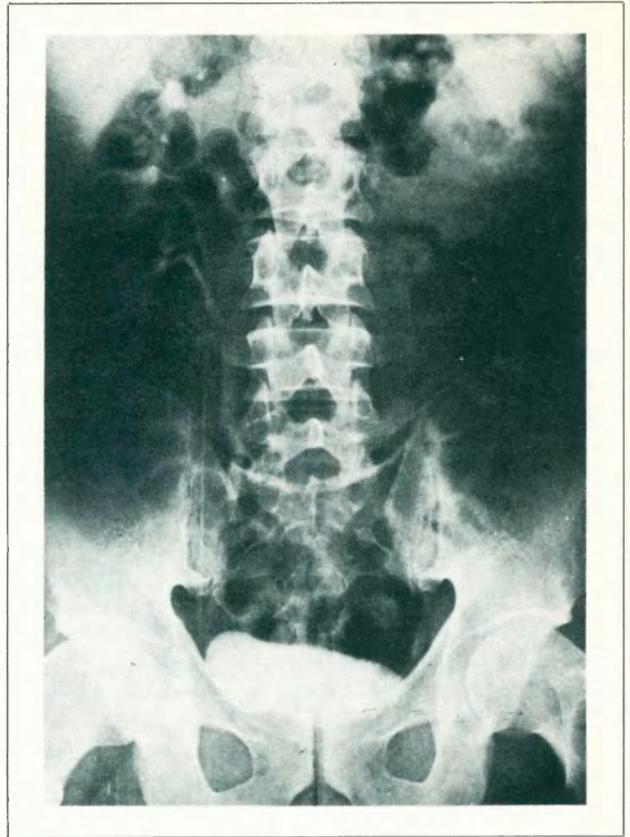


Figura 4. Urografía posterior al tratamiento.

glucemia: 96 mg %;  
 uremia: 24 mg %;  
 L. D. H.: 75 mU/ml (60-150);  
 hepatograma: normal;  
 ionograma: normal;  
 proteinograma: normal;  
 centellografía total con cámara gamma sin evidencia de zonas de avidez compatibles con metástasis;  
 Rx de tórax: normal.

Se decide tratamiento quirúrgico, con el siguiente plan:  
 Primer tiempo: nefrectomía parcial derecha.  
 Segundo tiempo: nefrectomía radical izquierda.

La primera intervención se realiza el 30/3/77, abordándose por incisión subcostal derecha. Previa maniobra de Kocher, se disecciona el pedículo renal, comprobándose una vena porar superior indemne, ya que la principal se encuentra totalmente ocupada por un trombo neoplásico, que se extiende hasta la vena cava inferior. Se clampea temporariamente la arteria y se efectúa nefrectomía porar inferior con cavectomía parcial.

El posoperatorio cursa sin particularidades hasta el día 12º en que comienza con melena y anemia por hemorragia digestiva alta, que cede con tratamiento médico. Se atribuye la misma a una úlcera por stress.

El 15/6/77 se realiza el segundo tiempo, efectuándose toracofrenolaparatomía izquierda y nefrectomía radical con su-

prarrenalectomía. En el posoperatorio inmediato presenta un shock hipovolémico, que obliga a una rápida reposición hemática. Ante el descenso continuo del hematocrito, se reopera 12 horas después, comprobándose pedículo renal normal y un babeo hemorrágico de venas suprarrenales y algunas capsulares, que se ligan.

El enfermo evoluciona satisfactoriamente, siendo dado de alta el 26/6/77 con una uremia de 38 mg %, creatininemia de 2,8 mg % y un ionograma normal.

El estudio histopatológico demostró:

1º) Riñón derecho (informe 52.727): parénquima renal, en gran parte reemplazado por proliferación de células claras con vacuolización del citoplasma y núcleos basales que se disponen en cordones, glándulas y papilas que alternan con áreas de hemorragia y otras fibróticas. Las ramas venosas muestran macizos neoplásicos en su luz y adheridas al endotelio.

2º) Riñón izquierdo (informe 54.459): similar al derecho, también con invasión de vasos venosos. Diagnóstico: carcinoma a células claras.

### Discusión

Un problema importante es establecer, en un paciente con patología tumoral bilateral, si el tumor contralateral es metastásico o primario.

Billroth (1879) propone que para considerar si ambos tumores son independientes y primarios, deben presentar las

siguientes características:

- a) diferente estructura histológica;
- b) diferentes puntos de origen;
- c) de existir metástasis, que las mismas tengan las características de su tumor primitivo.

Se han aducido también otras características, como ser:

- ausencia de invasión de la vena renal;
- ausencia de otras metástasis en el organismo;
- espacio de tiempo prolongado entre la aparición de cada tumor;
- rareza de que un tumor renal produzca metástasis en el contralateral.

Ningún caso de la literatura cumple con todos estos postulados, y consideramos que los mismos son excesivos para considerar la independencia de los tumores. Por ejemplo, Mc Donald y Priestley (1943) han encontrado invasión venosa tumoral en 54 % de 509 riñones neoplásicos. El largo intervalo entre la aparición de los tumores no parece ser un argumento satisfactorio. Clermont y col. comentan varios casos de aparición tardía de metástasis, 6 a 10 años después de la nefrectomía.

La rareza de que un carcinoma renal metastatice en el contralateral, ha sido puesto como evidencia de que los carcinomas bilaterales son independientes. En estudios clínicos presentados por Garceau (1909), Judd y Hand (1929), y Richer y col. (1951), sobre un total de 645 casos encontraron 8, es decir 1,24 %. Por otra parte, trabajos basados en estudios necrópsicos han dado una frecuencia mayor, variando de 4 a 11 %, según las series consultadas.

Spengerer y Bohrod (citados por Fistarfer) sostienen que tal vez el mejor criterio para aceptar la simultánea bilateralidad de un tumor renal, es la presencia de una variabilidad estructural de ambos tumores, así también como su encapsulación parcial y la presencia de un solo tumor en cada riñón, con ausencia de metástasis iniciales.

Ya sea una metástasis aislada o primitivos bilaterales, el tratamiento de estos tumores es controvertido, variando desde la nefrectomía bilateral hasta la radiación solamente.

Small (1968) presenta un caso con nefrectomía del lado

derecho seguida 11 días después con nefrectomía parcial izquierda.

Koller (1971) fue el primero en describir una nefrectomía parcial bilateral en dos tiempos separados por un intervalo de 3 semanas, estando el paciente sin metástasis ostensibles por espacio de 27 meses.

Recientemente, nefrectomía bilateral, hemodiálisis y trasplante renal han sido sugeridos para esta situación clínica. Stroup y col. han revisado la mayoría de la experiencia recogida acerca de cáncer de riñón y trasplante. Ellos han aceptado el argumento propuesto por Belzer y col. de que los agentes inmunosupresores ejercen más influencia sobre las nuevas respuestas inmunológicas formadas, que sobre aquellas ya establecidas. Esto implica que el paciente con cáncer tendrá o no una respuesta inmune, sin relación con la administración de drogas supresoras.

Küss (1960) fue el primero en describir un paciente monorreno con carcinoma renal sometido a nefrectomía y 6 días después a trasplante. El paciente fallece 6 meses después con metástasis hepática.

Desde entonces, 9 casos similares han sido descritos. Dos fallecieron por sepsis en menos de 1 año, uno por ruptura de aneurisma aórtico y seis sobrevivieron un promedio de 28 meses.

Aunque hay casos de larga sobrevida, las estadísticas de los centros más importantes de trasplante renal refieren un promedio de sobrevida a los 2 años de 55 a 66 %, con menos de 8 % a los 8 años.

Además, la cuestión no resuelta de las drogas inmunosupresoras más los datos estadísticos antes mencionados, nos hacen dudar en estos momentos sobre esta actitud terapéutica.

También en individuos monorrenos con carcinoma renal, Grabstald y Aviles presentan 32 casos tratados con nefrectomía parcial e informan que 23 de ellos estuvieron libres de enfermedad de 1 a 10 años después.

Parker y col. describen 4 pacientes sometidos a nefrectomía parcial, 3 de los cuales están libres de metástasis 28, 31 y 37 meses después.

Con la evidencia ahora disponible, nos parece que la cirugía conservadora en estos casos desesperados es actualmente preferible a la cirugía radical bilateral y trasplante.

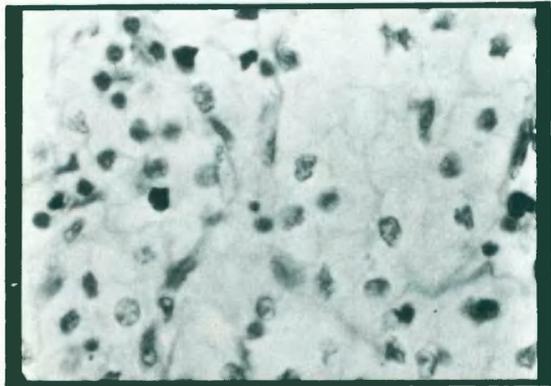


Figura 5. Microfotografía lado derecho.

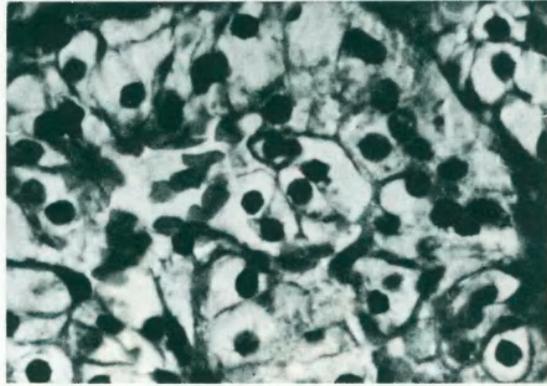


Figura 6. Microfotografía lado izquierdo.

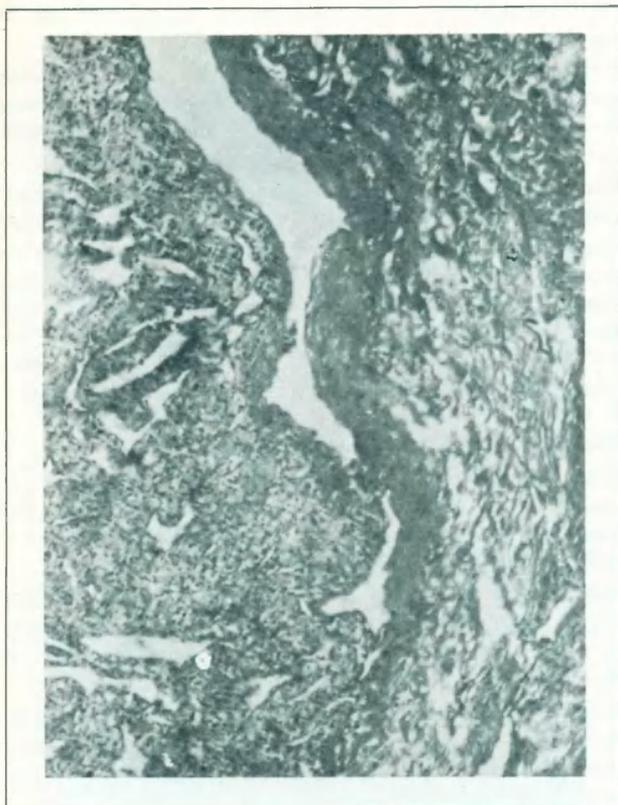


Figura 7. Invasión venosa.

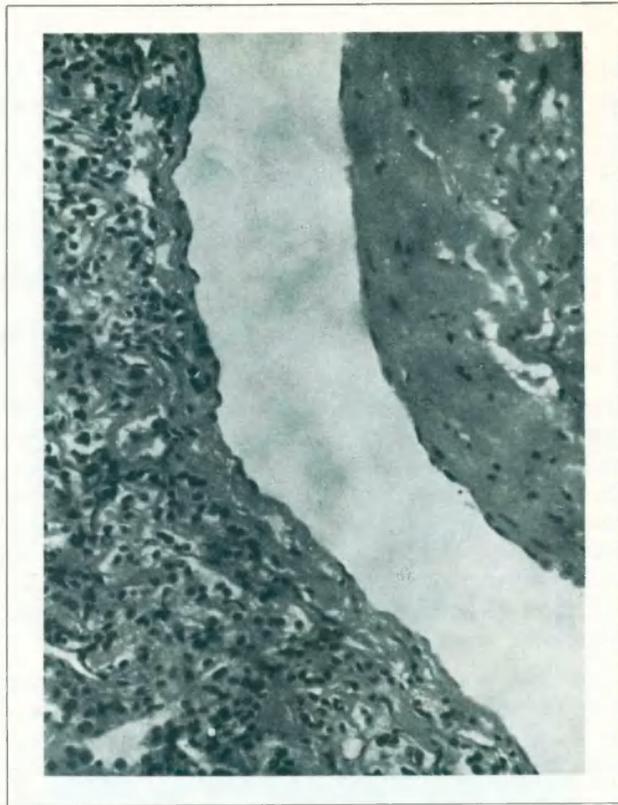


Figura 8. Invasión venosa.

## Bibliografía

1. Advisory Committee to the Renal Transplant Registry: The tenth report of the Human Renal Transplant Registry. *J.A.M.A.*, 221, 1972.
2. Bastable, J. R. G.: "Bilateral cancer of the kidney". *Brit. J. Urol.*, 32:60, 1960.
3. Beraha, N. L.; Block, J., y Politano, V. A.: "Simultaneous surgical management of bilateral hypernefroma: alternative therape". *J. Urol.*, 115:648, 1976.
4. Bogaard, T.: "Bilateral transitional cells carcinoma of the renal pelvis with unilateral non-functioning kidney". *J. Urol.*, 113:565, 1975.
5. Brea, P., y Metz, L.: "Carcinoma renal bilateral". *Actas del Congreso Español de Urología, Málaga, España.*
6. Calne, R. Y.: "Treatment of bilateral hypernefromas by nephrectomy, excision of tumours and transplantation. Report of three cases". *Lancet*, 2:1164, 1973.
7. Ehrlich, R. M.; Goldman, R., y Kaufman, J. J.: "Surgery of bilateral Wilms tumours; the role of renal transplantation". *J. Urol.*, 3:277, 1974.
8. Firstater, M.: "Carcinoma renal bilateral". *Rev. Arg. Urol.*, 25: 237, 1956.
9. Grabstald, H., y Aviles, E.: "Renal cell carcinoma in the solitary or sole functioning kidney". *Cancer*, 22:973, 1968.
10. Hyman, R. A.; Voges, V., y Flinbz, N.: "Bilateral hypernefroma". *Amer. J. Roentgen.*, 117:104, 1973.
11. Finfbeiner, A.; Moyad, R., y Herwig, K.: "Bilateral simultaneous occurring adenocarcinoma of the kidney". *J. Urol.*, 116:26, 1976.
12. Kaufman, J. J.; Chaffel, B. T., y Goodwin, W. J.: "Renal cell carcinoma in the solitary kidney: report of six cases". *Brit. J. Urol.*, 40:12, 1968.
13. Kölln, C. P.; Boldus, R. A.; Brandon, D., y Flocks, R.: "Bilateral partial nephrectomy for bilateral renal cells carcinoma; a case report". *J. Urol.*, 105:45, 1971.
14. Krumbach, R. W., y Ansell, J. S.: "Partial resection of the right kidney and radical removal of the left kidney in a patient with bilateral hypernefroma". *Surgery*, 45:585, 1959.
15. Küss, R.; Legrain, M.; Mathe, G., y Nealey, R.: "Epilogue on a renal normotransplantation from sister to non-twin brother". *Press. Med.*, 68:1473, 1960.
16. Marchetti, L. J.; Gonick, P., y Ciavanna, V.: "Partial nephrectomy in bilateral renal carcinoma; discussion and case report". *J. Urol.*, 106:818, 1971.
17. Parker, R. M.; Timothy, R. P., y Harrison, J.: "Neoplasia of the solitary kidney". *J. Urol.*, 101:283, 1969.
18. Philippot, J. C., et al.: "Bilateral kidney cancer in adult. A propos of 5 cases". *J. Urol. Nephrol.*, 80:742, jul.-ag. 1974.
19. Small, M. P.; Anderson, E. E., y Atwill, W. E.: "Simultaneous bilateral renal cell carcinoma: case report and review of the literature". *J. Urol.*, 100:8, 1968.
20. Stroup, R. F.; Shearer, J. K.; Trauring, A. R., y Leyton, B.: "Bilateral adenocarcinoma of the kidney treated by nephrectomy; a case report and review of the literature". *J. Urol.*, 3:272, 1974.
21. Vermillion, C. D.; Skinner, D. G., y Pfister, R. C.: "Bilateral renal cell carcinoma". *J. Urol.*, 108:219, 1972.
22. Wickman, J. F.: "Conservative renal surgery for adenocarcinoma". *Brit. J. Urol.*, 47:25, feb. 1975.
23. Villegas, A. C.: "Bilateral primary malignant renal tumours of dissimilar histogenesis; report of 2 cases and review of the literature". *J. Urol.*, 98:450, 1967.
24. Wright, F. W.: "Bilateral renal cell carcinoma". *Radiology*, 115: 543, junio 1975.