

NEFRECTOMIA POR CANCER RENAL (Análisis de una serie de 534 casos)

Dr. Jacqmin, D. - Dr. Cuvelier, G. - Dr. Bechara, A. - Dr. Sanguinetti, O. - Dr. Bollack, C.*

Resumen

Los autores presentan los resultados precoces de una serie de 534 nefrectomías en el periodo 1970-1987, siendo las conclusiones más notorias el aumento del número de casos observados, el aumento de tumores de descubrimiento fortuito y la disminución de la mortalidad y morbilidad.

Luego que Walcott en 1871 practicó la primera nefrectomía por cáncer de riñón, ella ha quedado, y lo es actualmente, el arma esencial en el tratamiento del cáncer renal.

Cualquiera sea la vía utilizada, el principio es el vaciamiento total de la fosa lumbar, luego de realizada la ligadura primaria del pedículo renal, arteria y vena en este orden. La exéresis ganglionar, asociada o no, parece tener más un valor pronóstico que terapéutico.

Presentamos aquí una serie de 534 pacientes operados de cáncer renal, a los cuales se les efectuó una nefrectomía radical en el Servicio de Cirugía Urológica del CHU de Estrasburgo (Dir.: Prof. C. Bollack).

Casística

Esta serie ha sido artificialmente dividida en 3 grupos: un primer grupo del año 1970 a 1980, comprendiendo 237 pacientes, que ha sido objeto de una anterior publicación,¹¹ un segundo grupo de 220 pacientes, intervenidos en el período 1980-1985, y un tercer grupo quirúrgico a partir de 1986. La serie completa está constituida por 534 pacientes, de los cuales 349 (65,3 %) son hombres y 185 (34,7 %), mujeres. La edad de estos pacientes oscilaba entre 17 y 85 años.

Las causas de su descubrimiento han sido diversas, siendo más frecuente la hematuria y los dolores lumbares, frecuentemente asociados a una astenia generalizada (ver cuadro I). Los estudios complementarios de diagnóstico han consistido, según los diferentes períodos, en un urograma excretor, una ecografía, asociados al principio a la arteriografía. Luego a la tomografía axial computada, y más recientemente a la resonancia magnética nuclear (ver cuadro II). Para la evaluación de la extensión, fueron utilizados esencialmente, tomografías pulmonares, ecografías hepáticas y centellografía ósea (ver cuadro III). En el caso de sospecha de invasión de la vena cava inferior, se efectuó estudio cavográfico.

CUADRO I
Circunstancias de diagnóstico

	1980-1985	1986-Junio 87
Hematuria	38 %	31,6 %
Pérdida de peso	23 %	6,5 %
Tumor palpable	11,8 %	2,5 %
Dolor lumbar	28,6 %	19,5 %
Fiebre	8,6 %	1,2 %
Flebitis	0,45 %	1,2 %
Astenia	22,75 %	
Poliglobulia	0,9 %	1,2 %
Hipercalemia	0,45 %	0
Fracturas	0,45 %	0
Examen sistemático	16 %	41,5 %
Metástasis pulmonares		5,2 %
Dolor abdominal		5,2 %
Hipertensión arterial		2,5 %
Prostatismo		7,8 %
Dolores testiculares		1,2 %
Parálisis frénica		1,2 %
VES elevada		2,5 %
Cistocele		1,2 %

La embolización preoperatoria, ha sido de utilización excepcional, en casos de tumores voluminosos o invasión de la vena cava.

La técnica ha consistido en una nefrectomía radical, incluyendo el contenido de la lodge renal, luego de la ligadura primaria de la arteria y vena renal; a la derecha, por decolamiento del colon ascendente; a la izquierda, en maniobra sobre el colon descendente, y abordaje posterior por fuera de la 4ª porción del duodeno. La vía de abordaje utilizada ha sido esencialmente la vía transperitoneal, variable en función del estadio tumoral, siendo de excepción, la utilización de la vía lumbar (ver cuadro IV).

CUADRO II
Exámenes preoperatorios

	1980-1985	1986-Junio 87
Ecografía	85,5 %	92,2 %
Urografía intravenosa	99,5 %	80,5 %
Arteriografía	91 %	89,6 %
T.A.C.	18 %	31,1 %
R.M.N.	0	3,8 %

CUADRO III
Examen de extensión tumoral

	1980-1985	1986-1987
Tomografía pulmonar		
Normal	73 %	55,8 %
Patológ.	14 %	16,8 %
Centellografía ósea		
Normal		22 %
Patológ.	10 %	12,9 %

CUADRO IV
Vía de abordaje

	1970-1980	1980-1985	1986-Junio 87
Lumbotomía	18 %	3,3 %	1,2 %
Vía transperitoneal	82 %		
Mediana		3,7 %	3,8 %
Transrectal		12 %	0
Transversal		80 %	95 %

Resultados

El estado anatómico constatado según la clasificación de Robson, se halla resumido en el cuadro V, y hemos constatado que a través de los años, la frecuencia de estadios II y III de Robson ha variado poco, en tanto se ha incrementado sensiblemente el hallazgo de estadios I. En total, hemos encontrado 197 estadios I (37,3 %); 69 estadios II (13 %); 151 estadios III (28,7 %) y 110 estadios IV (21 %). De 1980 a 1987, se han encontrado 10 % de los casos con invasión tumoral de la vena cava inferior. La mortalidad posoperatoria inmediata, ha sido de 4,3 % sobre la serie total, con un porcentaje de 7 de 1970 a 1980; 1,8 % de 1980 a 1985 y de 2,5 % de 1986 a 1987. La diferencia entre estas últimas cifras no son significativas; 4 pacientes sobre 220 intervenciones en el primer período, y 2 sobre un número de 77 en el segundo. La morbilidad global ha sido poco remarcable, pudiendo observarla en el cuadro VI. Es de notar que las esplenectomías preoperatorias han disminuido de 5,4 % de 1980-1985, a 0 % en el ciclo 1986-1987.

* Servicio de Cirugía Urológica - CHU - 67091 Strasbourg, Cedex.

CUADRO V
Distribución según la clasificación de Robson

	I	II	III	IV
1970-1980	82 (34,6 %)	30 (12,7 %)	79 (33,3 %)	46 (19,4 %)
1980-1985	80 (37,5 %)	32 (15 %)	50 (23,5 %)	51 (24 %)
1986-Junio 87	35 (45,5 %)	7 (9 %)	22 (28,5 %)	13 (17 %)
	197 (37,3 %)	69 (13 %)	151 (28,7 %)	110 (21 %)

CUADRO VI
Causas de morbilidad pre y posoperatoria inmediata

	1980-85	1986-Junio 87
Esplenectomía	5,4 %	0
Embolia pulmonar ...	1,8 %	3,8 %
Anuria	0,9 %	0
Hemorragia	0,9 %	2,5 %
Neumotorax	1,8 %	0
Neumopatía	0,9 %	6,5 %
Oclusión	0,45 %	1,2 %
Linforragia	0,45 %	0
D.T.	0,45 %	1,2 %
Flebitis	0,45 %	1,2 %
Perforación cólica ...	0,45 %	0
Inf. mesentérico	0	0
Inf. urinaria		15,6 % (asintomático)
Ins. renal transitoria regresiva	5 %	
Arritmias	1,2 %	
Hemólisis	1,2 %	
Septicemia	1,2 %	
Crisis gotosa	1,2 %	
Estado confusional ...	1,2 %	
Tratamiento complementario	4,5 %	8 % (Interfer-Velbe)

Discusión

Esta serie confirma constantes y elementos ya conocidos, como la relación 2/1 entre hombre y mujer.^(1,2,6,7)

Las circunstancias del diagnóstico han sido, en contadas oportunidades, la tríada clásica de dolor lumbar, hematuria y síndrome tumoral, en total coincidencia con la serie de Skinner,⁽⁷⁾ que reporta 10 %. Concomitantemente, la hematuria ha sido menos frecuentemente relatada que en la referida serie de Skinner,⁽⁷⁾ quien presenta 60 %. Nuestra frecuencia es asimilable a la serie de Richard y col.⁽⁵⁾ Es sorprendente el aumento del número de casos diagnosticados fortuitamente durante un examen médico sistemático, hecho que representa 16 % en nuestro Servicio en el período 81-85, y 41,5 % en el 86-87. Es la ecografía abdominal, que ha posibilitado el diagnóstico en 78,12 %, la urografía intravenosa en 18,75 % y la arteriografía en 3,12 %. Dicho aumento del número de diagnósticos fortuitos es, indudablemente, atribuible a la frecuente utilización del estudio ecográfico en nuestra región después de 1980.

La tomografía axial computada tiende a reemplazar en los últimos tiempos a la arteriografía, en razón de su carácter no invasivo y de la información importante que provee sobre órganos vecinos al proceso tumoral, aparato linfático incluido. La resonancia magnética nuclear, todavía en estado experimental, nos ha brindado, no obstante, buenos resultados (ver cuadro y figura 1).

El uso de la embolización preoperatoria, de gran auge a principios de la década del 80, es cada vez de menor utilización, y

hemos disminuido este recurso de 26 % en 81-85, a la cifra de 7,8 % en el período 86-87, reservándola actualmente a los procesos tumorales que invaden la vena cava inferior, y/o voluminosos tumores con importante circulación venosa colateral.

Con respecto a la vía de abordaje, no hemos utilizado jamás la torácica, siendo nuestra preferencia la vía subcostal, que representa 80 % de los casos en 81-85, y 95 % en 86-87. La vía lumbar, solamente reservada a pacientes en mal estado general y portadores de tumores de pequeño tamaño.

En referencia al aumento de estadios I reportados, es indudable su relación con el incremento ya mencionado de diagnósticos fortuitos a lo largo de exámenes sistemáticos. Por otro lado, la proporción creciente de estadios IV, presentados en esta serie, halla explicación en el hecho de la utilización de tratamiento complementario en dichos pacientes metastásicos, con la asociación de interferón-vinblastina.⁽⁴⁾ Hemos abandonado definitivamente la utilización de hormonoterapia complementaria en razón de los escasos resultados obtenidos, a pesar de la tasa elevada de receptores hormonales estrogénicos y a la progesterona en la pieza tumoral. Dichos receptores son también registrados en el riñón sano contralateral, presumiblemente no funcionantes; la estimulación preoperatoria con tamoxifen ha resultado siempre negativa.⁽³⁾

Igualmente hemos desplazado del arsenal terapéutico a la radioterapia, salvo en aplicaciones sobre las metástasis óseas, con tratamiento ortopédico complementario o sin él, dependiendo de la localización de la metástasis. El recurso quimioterápico lo hemos restringido estrictamente a la ya mencionada utilización de la vinblastina a la inmunoterapia por interferón alpha-2, combinación, que nos ha reportado una tasa de respuesta objetiva completa/parcial superior a 40 %.⁽⁴⁾

En conclusión, los datos obtenidos en la presente serie, son los siguientes: la frecuencia cada vez mayor, en nuestra región, del cáncer renal, ya que en la serie 1970-82, 137 pacientes presentaron un cáncer renal, es decir, 23,7 pacientes por año; del 81 al 85, 220 pacientes (44 anuales), y 56 fueron intervenidos en el curso del año 86. Sin duda, este hecho se relaciona estrechamente a los progresos del área de diagnóstico por imágenes, que ha permitido, gracias a la ecografía, la tomografía y la resonancia magnética nuclear, la precisión de diagnósticos de tumores renales en pacientes asintomáticos, o portadores de patologías no urológicas. No obstante, el aumento de la frecuencia del tumor renal, es netamente superior al aumento de casos de descubrimiento fortuito, hecho que lleva a presumir un real incremento de la frecuencia del cáncer renal en los últimos años.

La vía de abordaje abdominal, más precisamente transversal, nos ha brindado las mayores satisfacciones, facilitando la evolución posoperatoria, y disminuyendo considerablemente el número de esplenectomías preoperatorias. Concomitantemente, la aparición del recurso complementario para los casos metastásicos, nos ha inducido a adoptar conductas quirúrgicas más agresivas en los estadios IV de Robson, en pacientes pasibles de dicho tratamiento.

Bibliografía

1. Cinqualbre, J., Py, J. M.; Goldschmidt, P.; Bollack, C.: "Le cancer du rein" Ann. Urol., 15:368-370, 1981.
2. Cukier, J.; Charbit, L.: "La classification anatomique des adénocarcinomes du rein". J. Urol., 92:1-6, 1986.
3. Jacqmin, D.; Mezrahid, P.; Wolf, P.; Champy, M. F.; Offner, M.; Cinqualbre, J.; Bollack, C.: "Etude des récepteurs nucléaires à la progesterone dans le néphroépithélioma. Essai de stimulation par le Tamoxifen". Heb. Chir. Acta, 53:325-327, 1986.
4. Jacqmin, D.; Bergerat, J. P.; Dufour, P.; Bollack, C.; Prevot, G.; Juraschek, F.; Bailly, G.; de Garis, S.; Oberling, F.: "Traitement médical du néphro-épithélioma métastatique par l'association Vinblastine-Interféron α 2 A recombinant". CL 83, 80è Congrès Français d'Urologie, Paris, 1986.
5. Richard, F.; Carvalho, R.; Le Gall, E.; Chatelain, C.: "Résultats immédiats et lointains du traitement chirurgical de l'adénocarcinome rénal". Ann. Urol., 15:361-365, 1981.
6. Robson, C. J.; Churchill, B. M.; Anderson, W.: "The results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma". J. Urol., 101:297-301, 1969.
7. Skinner, D. G.; Vermillion, C. D.; Colvin, R. B.: "The surgical management of renal cell carcinoma". J. Urol., 107:705-710, 1972.