

Artículo original

Original article

**CARCINOMA INCIDENTAL: ¿UNA VARIABLE
DIAGNOSTICA O EVOLUTIVA DEL CARCINOMA RENAL?****INCIDENTAL CARCINOMA: A DIAGNOSTIC OR AN
EVALUATIVE VARIABLE OF RENAL CARCINOMA?**

Dres. Ameri, C.*; Mazza, O.; Ferrari, G.; Feldman, D.; Ghirlanda, J.

RESUMEN: *Se evaluaron 98 tumores renales para analizar, sobre la base de la forma de presentación y diagnóstico, las características y su evolución. Fueron separados en tres grupos: sintomáticos, pseudoincidentales e incidentales. Se pudo determinar que cuando un tumor renal se manifiesta clínicamente, la hematuria es el signo más frecuente, que el 41% de los tumores fueron de hallazgo pseudoincidental e incidental, que la ecografía presentó alto grado de sensibilidad y especificidad en el hallazgo de tumores asintomáticos y que los tumores de hallazgo incidental tienen una evolución más benigna que cuando son sintomáticos, permitiendo en ciertos casos seleccionados mantener una conducta expectante o bien tratamiento conservador.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 63, N° 1, Pág. 27, 1998)

Palabras clave: Incidentales; Pseudoincidentales; Hematuria; Carcinoma renal; Ecografía.

SUMMARY: *We considered 98 cases of kidney neoplasm to study —on the basis of presentation and diagnosis— its characteristics and course.*

The cases were divided in three groups: symptomatic, pseudoincidental and incidental. We could see that when renal tumor is clinically manifested, the hematuria is the most frequent sign, that 41% of tumors were found incidentally and pseudoincidentally, that ultrasonography presented high level of sensitivity and specification in the finding of asymptomatic tumors, and that tumors which were found incidentally had a more benign course than those that were symptomatic, allowing in some specific cases to maintain an expectant behaviour or a conservative treatment.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 63, N° 1, Pág. 27, 1998)

Key words: Incidental; Pseudoincidental; Hematuria; Renal carcinoma; Ultrasound.

INTRODUCCION

La difusión de los controles clínicos que incluyen estudios por imágenes, fundamentalmente ecografías, ha conducido al diagnóstico cada vez más frecuente de tumores de riñón clínicamente insospechados, tumores

* Servicio de Urología, Hospital Alemán de Buenos Aires.
Avda. Pueyrredón 1640, (1118) Buenos Aires, Argentina. Tel.
821-1700 / 827-7700

Aceptado para su publicación en mayo de 1997.

incidentales y de un grupo que podríamos denominar pseudoincidentales. Estos poseen características propias, que en la mayoría de los casos presentan marcadas diferencias con aquellos tumores hallados como consecuencia de alguna manifestación clínica, cuyo análisis en una casuística de 98 cánceres de riñón define el presente trabajo.

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Urología del Hospital Alemán, Sección Oncología, desde el año 1985 a junio de 1996 se han seleccionado 98 carcinomas de riñón satisfactoriamente estudiados.

En relación con su forma de presentación y diagnóstico fueron divididos en 3 grupos: 1) *sintomáticos*: tumores que se diagnosticaron por presentar manifestación clínica; 2) *pseudoincidentales*: fueron diagnosticados por un control clínico donde aparecía un signo que hacía necesario descartar patología del árbol urinario, y 3) *incidentales*: tumores hallados en exámenes sin que presentaran ningún signo ni síntoma que hiciera sospechar un tumor de riñón.

Se procede a analizar en cada grupo la forma de presentación, distribución por edad, histopatología, variables de laboratorio, estadificación y evolución, para poder determinar con estos datos:

- 1) La utilidad de un *screening* para un diagnóstico temprano.
- 2) Si existen tumores con características especiales según la forma de presentación.
- 3) La posibilidad de cirugía conservadora.
- 4) La posibilidad de conducta expectante.

RESULTADOS

Los 98 tumores se agruparon de la siguiente forma: *grupo 1*: sintomáticos, 58 casos (51,18%); *grupo 2*: pseudoincidentales, 12 casos (12,25%), y *grupo 3*: incidentales, 28 casos (28,57%).

En el grupo 1 la forma de presentación fue en 19 casos con hematuria macroscópica, en 7 por dolor lumbar y hematuria macroscópica, en 5 por lumbalgia, 4 por masa palpable, 3 por dolor abdominal, en 3 por cólico renal, 3 por síndrome de impregnación neoplásica, 3 por metástasis pulmonares (el resto, ver Tabla 1).

Forma de presentación de 58 tumores renales sintomáticos

Hematuria macroscópica	19 casos
Lumbalgia + hematuria macroscópica	7 casos
Lumbalgia	5 casos
Masa palpable	4 casos
Dolor abdominal	3 casos
Síndrome de impregnación neoplásica	3 casos
Cólico renal	3 casos
Metástasis pulmonares	3 casos
Masa palpable + hematuria macroscópica	2 casos
Anemia	2 casos
Hematuria macroscópica + cólico renal	1 caso
Lumbalgia + anemia	1 caso
Fractura de húmero por metástasis	1 caso
Lumbalgia + masa palpable + hematuria macroscópica	1 caso
Metástasis en cadavera	1 caso
Lumbalgia + flebotrombosis	1 caso
Síndrome febril + hematuria microscópica	1 caso
Total	58 casos

Tabla 1

En el grupo 2 el diagnóstico fue por el hallazgo de hematuria microscópica durante un examen de laboratorio de rutina que indujo la evaluación ecográfica, hallándose la masa ocupante renal.

En el grupo 3 el hallazgo fue por ecografía en 23 casos, por tomografía computada en 3 y por urograma excretor en 2 (ver Tabla 2).

La edad promedio en forma global fue de 60,87 años,

Tumores de riñón. Diagnóstico de 28 casos incidentales

Ultrasonografía	23 casos
Preoperatorio de próstata	5 casos
Chequeo clínico	4 casos
Por dispepsia	5 casos
Estudio de vías biliares	3 casos
Estudio de patología colónica	1 caso
Estudio de poliquistosis renal	1 caso
Estudio de infección urinaria	1 caso
Estudio de pancreatitis	1 caso
Estudio de varicocele derecho	1 caso
Seguimiento de cáncer de mama	1 caso
Tomografía computada	3 casos
Por estudio de cáncer de recto	
Por seguimiento de melanoma	
Por estadificación de cáncer de endometrio	
Urograma excretor	2 casos
Preoperatorio de próstata	
Por estudio de litiasis ureteral	

Tabla 2

con edades extremas de 28 y 91. En el grupo 1: 58,35 años, con extremos de 29 y 91; en el 2: 64,16 años, con extremos de 42 y 80, y en el 3: 59,98, con extremos de 28 y 85 años (ver Tabla 3: Distribución por décadas).

La distribución por sexo fue: hombres en 63 casos (64,28%) y mujeres en 35 (35,72%) en forma global; proporción hombre-mujer: 1,8 a 1. Por grupos fue en el

1: 36 hombres (62,06%) y 22 mujeres (37,94%); en el 2: 9 hombres (75%) y 3 mujeres (25%), y en el 3: 18 hombres (64,28%) y 10 mujeres (35,72%).

Las variables halladas en el laboratorio fueron en el grupo 1: eritrosedimentación acelerada en 31 casos (53,44%), anemia en 5 casos y poliglobulia en 1 caso; en el grupo 2: eritrosedimentación acelerada en 3 ca-

Distribución etaria de 98 tumores renales

	20	30	40	50	60	> 70
Sintomáticos	1	5	10	15	18	9
Pseudoincidentales			2	2	2	6
Incidentales	1	1	2	11	6	7
Edad promedio global	60,87 años					
Sintomáticos	58,35 años					
Pseudoincidentales	64,16 años					
Incidentales	59,98 años					

Tabla 3

sos (23,07%) y 1 con hepatograma alterado y finalmente en el grupo 3: eritrosedimentación acelerada en 9 casos (33,33%).

La histopatología fue, en el grupo 1: carcinomas de corteza renal en 49 casos (84,49%), tumor sarcomatoides en 6 (10,35%), oncocitomas en 2 (3,44%) y carcinoma oncocítico en 1 caso (1,72%); en el grupo 2: 11 carcinomas de corteza renal (91,66%) y 1 oncocitoma (8,34%), y en el grupo 3: 24 carcinomas (85,72%) y 4 oncocitomas (14,28%).

El tamaño promedio del eje mayor del tumor fue,

en el grupo 1: 8,67 cm; en el 2: 6,59 cm, y en el 3: 5,33 cm.

La estadificación fue realizada con el sistema TNM. En el grupo 1 no hubo estadio T1, T2: 21 casos (36,20%), T3a: 15 casos (25,86%), T3b: 11 (18,96%), T3c: 1 caso (1,72%), T4: 1 caso (1,72%), N positivo en 3 (5,17%) y con M positivo en 6 (10,34%). En el grupo 2 había T1 en 2 casos (16,66%), T2 en 8 (66,68%) y T3a en 2 (16,66%). En el grupo 3 fueron T1 en 4 (14,28%), T2 en 20 (71,42%), T3a en 3 (10,73%) y T3b en 1 (3,57%) (ver Tabla 4).

Relación entre forma de presentación y estadio en 98 tumores renales

	Sintomáticos	Incidentales	Sseudoincidentales
T1	—	4 (14,28%)	2 (16,66%)
T2	21 (36,20%)	20 (71,42%)	8 (66,68%)
T3a	15 (25,86%)	3 (10,73%)	2 (16,66%)
T3b	11 (18,96%)	1 (3,57%)	—
T3c	1 (1,72%)	—	—
T4	1 (1,72%)	—	—
n+	3 (5,17%)	—	—
m+	6 (10,34%)	—	—
Total	58 (59,18%)	28 (28,57%)	12 (12,25%)

Tabla 4

La evolución fue en el grupo 1 de 51 casos, en 7 se perdió el seguimiento; el tiempo fue de 1 a 124 meses con una media de 39 meses; hubo 28 muertes, 21 (41,17%) por progresión del tumor y 7 por causa no relacionada con el tumor. En el grupo 2 hubo 11 casos seguidos, 1 sin seguimiento; el tiempo fue de 3 a 132

meses con una media de 56 meses; hubo 3 muertes: 2 (18,18%) por progresión del carcinoma y 1 por otra causa. Finalmente en el grupo 3 hubo 25 casos seguidos de los 28; el tiempo fue de 1 a 114 meses con un promedio de 43 meses; no hubo muertes por progresión del tumor, los 2 decesos fueron por otra causa (ver Tabla 5).

Tumores de riñón. Evolución de 98 casos

	Sintomáticos	Pseudoincidentales	Incidentales
Casos totales	58	12	28
Casos seguidos	51	11	25
Tiempo de seguimiento	1 a 124 meses	3 a 132 meses	1 a 114 meses
Tiempo medio	39 meses	56 meses	43 meses
Mortalidad	21 (41,17%)	2 (18,18%)	0
Mortalidad por otra causa	7 casos	1 caso	2 casos

$p = 0,087$ relación de mortalidad grupo 2 a 3

$p = 0,008$ mortalidad con proyección x 2 grupo 2 a 3.

Tabla 5

DISCUSION

La amplia difusión de los exámenes clínicos de rutina que implican la utilización de estudios por imágenes ha provocado el hallazgo cada vez más frecuente de tumores de riñón clínicamente insospechados; antes de la era ecográfica 2/3 de los tumores renales eran diagnóstico de autopsias y las series de tumores incidentales no eran significativas como en la actualidad: 1,7% *Mazza y colaboradores*; 2% *Graham y colaboradores*; 1,6% *Kobayashi y colaboradores*.

En nuestra serie hemos encontrado que un 28% fueron tumores incidentales, serie similar a la de *Matsuda* (33%), *Kobayashi* (33%) y significativamente menor si la comparamos con la de *Moll*, que es del 51 al 61%. La ecografía representó un estudio con alto grado de sensibilidad y especificidad en el hallazgo de tumores clínicamente insospechados, incidentales, y aquellos con signos mínimos, pseudoincidentales, 82 y 100% respectivamente. Dicha estadística coincide con la de *Bosniak*, que refiere alto grado de sensibilidad y especificidad con la ecografía en el diagnóstico de masas ocupantes de riñón con un tamaño mayor de 1,5 cm y por debajo de ese tamaño la tomografía computada presenta mayor definición.

Si consideramos como manifestación clínica clásica de tumor de riñón al dolor, hematuria y masa palpable, esto representó el 81% de los casos sintomáticos, porcentaje similar a la serie de 120 tumores presentada por *Kernion*. La hematuria como signo solo o asociado fue el más frecuente, tanto en los sintomáticos como en el grupo de pseudoincidentales; pero si analizamos globalmente en los 98 tumores de nuestra serie notaremos que en el 48% de los casos hubo manifestación clínica clásica de tumor, ya que el 52% restante fue por signos inespecíficos o tumores de hallazgo incidental.

No encontramos estudios de laboratorio que pudieran ser específicos de tumor de riñón, ya que la variable más frecuentemente hallada fue la eritrosedimentación en el 50% del grupo 1, pero se trata de un examen inespecífico; podría tener valor sólo en el pronóstico del tumor.

Con relación a la edad de presentación, los pacientes fueron mayores de 58 años, similares a las publicadas por *Giuliani y col.* (57 años), *Licht* (60 años), pero si evaluamos la frecuencia de presentación por décadas, en el grupo 1, sintomáticos, hay un porcentaje significativo de pacientes menores de 50 años (27%), representando el doble de frecuencia sobre los otros dos grupos.

La histopatología evidenció en los tres grupos una predominancia del carcinoma de corteza renal (86% de los casos), siendo el oncocitoma y el tumor sarcomatoide (7% y 6% respectivamente), de porcentajes similares a los de *Lieber y Bosniak*. De los oncocitomas, el 57% fueron incidentales (*Bosniak* 50%) y tumor sarcomatoide se halló sólo en el grupo 1, sintomático, evidencia coincidente con la bibliografía de ser un tumor altamente agresivo.

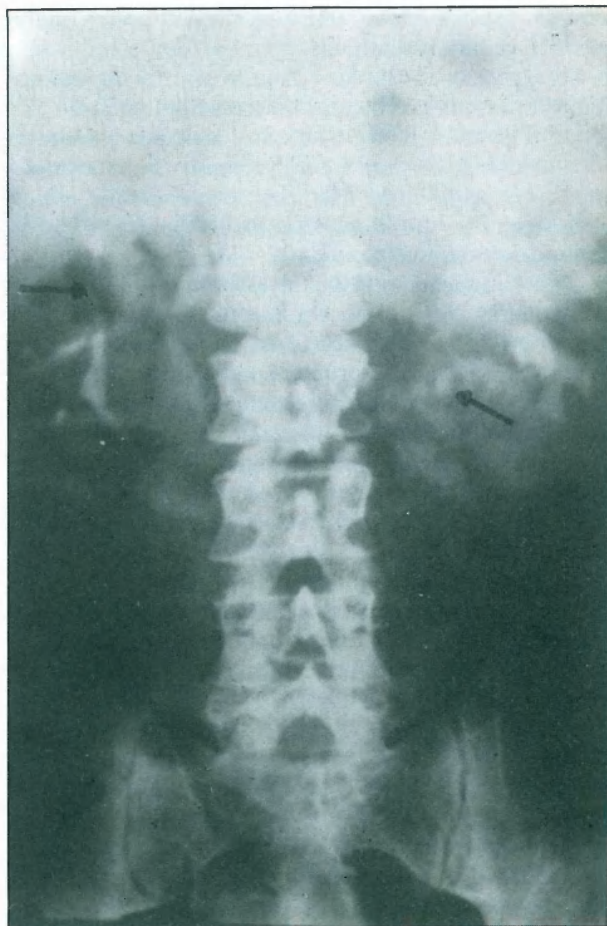


Figura 1. Urográfico excretor que muestra litiasis ureteral izquierda que fue el motivo de consulta por cólico renal y en el cáliz superior del riñón derecho se aprecia un afinamiento del mismo.

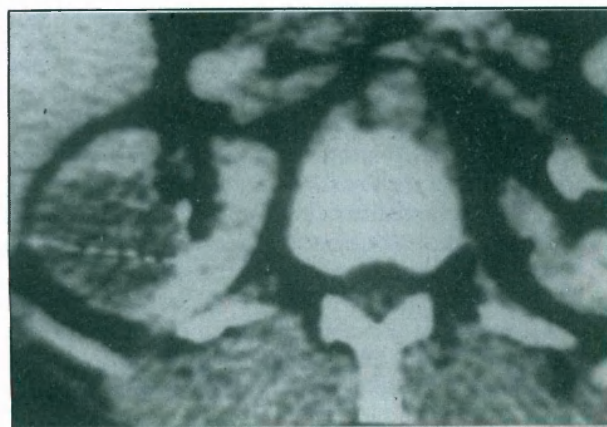


Figura 2. Tomografía computada que muestra que la alteración calicilar del riñón derecho es por una masa ocupante cuyo hallazgo fue incidental.

Con respecto a la estadificación, en el grupo 1 hubo un 36% de tumores circunscriptos a riñón, y todos fueron a expensas de estadio T2; hubo un 15% de tumores metastásicos; si lo relacionamos con el grupo 2, el 83%, y con el grupo 3, 85% de tumores dentro de los límites de riñón, los porcentajes son significativos respecto del grupo 1 ($p = 0,008$ y $p = 0,001$ respectivamente). Entre los grupos 2 y 3 no se registraron diferencias en el porcentaje de estadios iniciales ($p = 1$).

La evolución demuestra un 41% de mortalidad en el grupo 1, con 39 meses de seguimiento, contra un 18,18% del grupo 2, pero con 56 meses de seguimiento, y no hubo mortalidad en el grupo 3, con 43 meses de seguimiento, lo que demuestra que cuando un tumor de riñón tiene manifestación clínica es de comportamiento más agresivo que cuando se diagnostica por un hallazgo incidental. Si comparamos los grupos 2 y 3, no hubo diferencia significativa en la mortalidad ($p = 0,87$), pero si proyectamos a ambos grupos al doble de población, la diferencia se hace significativa a expensas de un mejor pronóstico de los tumores incidentales ($p = 0,008$), lo que demuestra que un tumor renal, a pesar de diagnosticarse por un signo mínimo, tiene peor pronóstico que los de hallazgo incidental.

Kadesky comunica 94% de sobrevida a 5 años con tumores incidentales de 5,4 cm de promedio, serie similar a la nuestra en relación con el tamaño, que fue de 5,33 cm; la diferencia es mayor tiempo de seguimiento que en nuestra serie, que fue de 43 meses.

Bosniak presenta una sobrevida del 100% de tumores incidentales, pero con un tamaño máximo de 3 cm. Estos pacientes fueron operados, y a otro grupo de 36 pacientes que no fueron pasibles de cirugía se les realizó un seguimiento entre 1 y 10 años con una media de 3,3 años, notando que en el 75% de los casos fueron aumentando de tamaño entre 0,25 y 0,35 cm por año y el resto no aumentó más allá de 1 cm por año. La presente experiencia expresa el comportamiento especial de los tumores de hallazgo incidental.

CONCLUSIONES

1) El 41,8% de los tumores renales diagnosticados son por hallazgo incidental o pseudo incidental.

2) La microhematuria fue la manifestación clínica característica de los tumores pseudo incidentales.

3) La evolución de los tumores incidentales expresa un bajo grado de agresividad.

4) La ecografía presenta un alto grado de sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de los tumores renales pequeños (mayores de 1,5 cm) o en estadios tempranos.

5) Por su bajo grado de malignidad los tumores incidentales son pasibles de cirugía conservadora.

6) En los tumores incidentales menores de 3 cm en

pacientes de edad avanzada, riesgo quirúrgico elevado o monorrenos, se podría considerar una conducta expectante.

7) Un *screening* para el diagnóstico precoz del tumor de riñón debería realizarse en una población de mayores de 40 años y mediante un análisis de orina y ecografía.

8) Los tumores incidentales, por su lenta evolutividad (quiescencia), más que por la detección temprana de un estado ocasional, se presentarían como un tipo especial de tumor renal de lento crecimiento y por lo tanto con mayores posibilidades de ser detectados en ese estadio.

Resumiendo, en relación con nuestra experiencia y con la bibliografía podríamos inferir que los tumores de riñón de hallazgo incidental son una entidad con características propias basadas fundamentalmente en su bajo grado de malignidad y que en casos seleccionados pueden ser pasibles de tratamiento conservador, ya sea quirúrgico o expectante.

BIBLIOGRAFIA

1. Bosniak, M. A.: Problems in the radiologic diagnosis of renal parenchymal tumors. *Urol. clin. N. Amer.*, 20: 217, 1993.
2. O'Toole, K. M.: Pathology of benign and malignant kidney tumors. *Urol. Clin. N. Amer.*, 20: 193, 1993.
3. Kobayashi, M.; Matsuo, Y.; Totsuka, Y. y col.: Renal cell carcinomas. Clinical studies on diagnostic opportunities. *Nippon Hinyokika Galikai Zasshi*, 81: 686, 1990.
4. de Kernion, J. B.: Tumores renales. *En: Campbell: Urología* (5ª edición), Tomo 2; 1986; p. 1400.
5. Mukamel, E.; Konichezky, M.; Engelstein, D. y col.: Incidental small renal tumors accompanying clinically overt renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 140: 22, 1988.
6. Thompson, I. y Peek, M.: Improvement in survival of patients with renal cell carcinoma. The role of serendipitously detected tumor. *J. Urol.*, 140: 487, 1988.
7. Licht, M. y Novick, A.: Nephron sparing surgery for renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 149: 1, 1993.
8. Novick, A.; Zinckle, H.; Neves, R. y Topley, M.: Surgical enucleation for renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 135: 235, 1986.
9. Morgan, W. y Zinckle, H.: Progression and survival after renal conserving surgery for renal cell carcinoma: Experience in 104 patients and extended follow-up. *J. Urol.*, 144: 852, 1990.
10. Kadesky, K. y Ewalt, D.: Treatment outcomes for incidental renal cell carcinoma. Implication for elective partial nephrectomy. *American Urological Association*, 155 (Suppl 585A): 1096, 1996.
11. Krinsky, A. y Waisman, J.: Management of small incidental renal parenchymal tumors by watchful waiting in selected patients based on observations of tumors growth rates. *American Urological Association*, 155 (Suppl 584A): 1092, 1996.

12. Giuliani, L.; Giberti, C.; Martorana, G. y col.: Radical extensive surgery for renal cell carcinoma long-term results and prognostic factors. *J. Urol.*, 143: 468, 1990.
13. Tosaka, A.; Ohya, K.; Yamada, K. y col.: Incidence and properties of renal masses and asymptomatic renal cell carcinoma detected by abdominal ultrasonography. *J. Urol.*, 144: 1097, 1990.
14. Lieber, M.; Tomera, K. y Farrow, G.: Renal oncocytoma. *J. Urol.*, 125: 481, 1981.
15. Morra, M. y Sakti, D.: Renal oncocytoma: A review of histogenesis, histopathology, diagnosis and treatment. *J. Urol.*, 150: 295, 1993.
16. Licht, M.; Novick, A. y Goormastic, M.: Nephron sparing surgery in incidental versus suspected renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 152: 39, 1994.
17. Moll, V.; Becht, E. y Ziegler, M.: Kidney preserving surgery in renal cell tumors: indications, techniques and results in 152 patients.
18. Lerner, S.; Hawkins, C.; Blute, M. y col.: Disease outcome in patients with low stage renal cell carcinoma treated with nephron sparing or radical surgery. *J. Urol.*, 155: 1868, 1996.
19. Graham, S.: Renal carcinoma. *En: Urologic Oncology*. Raven Press, New York, 1986; p 267.

COMENTARIO EDITORIAL

Considero que varios hechos significativos marcan este trabajo:

1) En primer lugar un hecho significativo es el conocimiento de la existencia de ciertos tumores que tienen un pronóstico aceptable. Los autores demuestran las características histopatológicas y dan el pronóstico de ciertos tumores en relación con la metodología diagnóstica basada en la presencia de síntomas y signos. En aquellos pacientes que no presentaron ningún síntoma ni signo se observó que los tumores no manifestaron evidencia de progresión ni mortalidad de causa específica, por lo que se consideran tumores de buen pronóstico. No existió ninguna forma sarcomatoide ni estadios avanzados de la enfermedad. Probablemente todos estos tumores son de grado celular bajo con un índice de duplicación prolongado y menor agresividad, por lo que no tienen invasión de la vía excretora, con la consiguiente menor probabilidad de provocar microhematuria. Si bien en todos los grupos la forma predominante fue el carcinoma de corteza renal, se debe recalcar que sólo en el grupo sintomático existieron formas sarcomatoides de conocido mal pronóstico. El tamaño promedio en el grupo sintomático fue de 8,67 cm, mientras que en los otros grupos fue de 6,5 y 5,3 cm. Se comprueba el menor volumen de los tumores en los grupos asintomáticos, así como mayor predominio de los estadios T2, 36% en el grupo sintomático y 67% y 71% en los grupos 2 y 3 respectivamente. Se

infiere que el pronóstico dependió del hallazgo del tumor en una etapa curativa de tumor organoconfinado tratado con cirugía radical.

2) La posibilidad de cirugía conservadora es cierta en tumores de bajo volumen, especialmente en aquellos de diámetro menor a los 3 cm. No podemos evaluar en este trabajo esta posibilidad, ya que el mejor pronóstico de este tumor se ha debido probablemente a que la cirugía fue radical. Este hecho trae aparejada la falta de recidivas locales en aquellos tumores de mayor volumen que fueron hallados en forma incidental, ya que como demuestran los autores el promedio de tamaño de los tumores incidentales y pseudoincidentales fue alto y seguramente muchos de ellos no hubieran sido candidatos para cirugía conservadora. Es necesario realizar evaluaciones en forma randomizada para poder aseverar el beneficio de la cirugía conservadora *versus* la cirugía radical.

3) Probablemente todos los tumores que presentaron microhematuria asintomática, denominados pseudoincidentales por los autores, con el transcurso de los años hubieran ocasionado síntomas. Del mismo modo, aquellos tumores incidentales se hubieran transformado en pseudoincidentales. El tiempo probable de evolución dependerá básicamente del grado celular y del índice de duplicación. Si ambos son bajos probablemente no se modifique la mortalidad específica de este tipo tumoral. La expectativa de vida de cada paciente tiene en este punto importancia en la decisión terapéutica.

4) Un programa de *screening* implica diagnosticar una enfermedad en etapa preclínica, que esta enfermedad sea un problema en la sociedad y que su tratamiento mejore la mortalidad específica de la misma. El diagnóstico en etapa preclínica se podría realizar con ecografía renal y análisis del sedimento urinario. Esto no sería problema, ya que de esta manera se diagnosticaría la mayoría de los tumores renales. Por la incidencia del cáncer renal no se puede considerar que el mismo sea un grave problema de la sociedad, lo que no justificaría un llamado masivo a la población para su diagnóstico. Probablemente esta instancia esté justificada solamente para los pacientes que concurren a la consulta urológica.

Este interesante estudio retrospectivo acentúa las evidencias de la existencia de tumores renales de mejor pronóstico que, diagnosticados en etapa precoz presintomática, auguran la posibilidad de que los mismos sean organoconfinados, con la consiguiente posibilidad curativa.

Dr. Luis F. Montes de Oca
Servicio de Urología. Hospital de Clínicas
José de San Martín
Buenos Aires, Argentina