

Nefrectomía radical lumboscópica y resección pulmonar toracoscópica en neoplasias sincrónicas

Lumboscopic radical nephrectomy and thoracoscopic resection in synchronous neoplasias

Dres. Piana Martín;
Soldano Fernando;
Boretti Juan José*;
Capitaine Funes Carlos*;
Zeno Lelio.

INTRODUCCIÓN

A pesar del incremento de la detección de tumores renales incidentales de bajo volumen y estadio, el índice de muertes por cáncer renal no ha decrecido y en el momento del diagnóstico 20% de los pacientes tienen enfermedad diseminada.¹ Dada la afinidad del adenocarcinoma renal por el sistema venoso, el pulmón constituye la primera estación para las embolias de células tumorales. Habitualmente se producen múltiples nódulos de tamaño variable situados en ambos pulmones. Se considera que la incidencia real de lesión pulmonar única no supera el 3%.²

La estrategia para tratar a un paciente con nódulo pulmonar (NP) diagnosticado durante la estadificación de una masa renal, depende de la probabilidad de que éste se deba a un proceso canceroso primario o secundario. Esta diferencia es de capital importancia, debido a que en el tumor renal metastásico la supervivencia a 5 años oscila entre 0 y 20%, mientras que en presencia de tumores primarios sincrónicos, renal y pulmonar, el pronóstico va a depender del estadio clínico de cada uno de ellos por separado.³⁻⁴

Reportamos un caso de nefrectomía radical lumboscópica y resección pulmonar atípica por cirugía torácica videoasistida en el mismo acto operatorio, en un paciente con carcinoma renal papilar y carcinoma epidermoide de pulmón primarios sincrónicos.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años, que por estudios de chequeo prostático se diagnostica por ecografía una masa ocupante ecogénica sólida de 4 x 5 cm en región interpolar del riñón derecho. Se solicita tomografía axial computada (TAC) de abdomen encontrándose una masa hiperdensa que realza con contraste de 5 cm de diámetro mesorrenal. En ambos riñones presenta quistes simples tanto por ecografía como por tomografía (Figura 1).

Durante la estadificación se constata nódulo único pulmonar derecho periférico en lóbulo superior derecho de 2 cm en la TAC de tórax. Presenta antecedentes de tabaquismo, angioplastia coronaria y enfisema pulmonar en control y tratamiento. Laboratorio sérico y hepatograma normales. Espirometría con FEV₁ 1,2 Lts.

Se le realizó nefrectomía radical laparoscópica derecha por vía retroperitoneal y en el mismo acto quirúrgico, y en la misma posición de lumbotomía clásica en 90° se realizó resección pulmonar atípica por cirugía torácica videoasistida, sin complicaciones intraoperatorias de ambos procedimientos. (Figura 2)

El tiempo quirúrgico total fue de 160 minutos (100 min. para la nefrectomía y 60 minutos para la toracoscopia). Sangrado intraoperatorio medido por frasco de aspira-

* Servicio de Cirugía General,
Sanatorio Parque de Rosario, Prov.
de Santa Fe, Argentina.

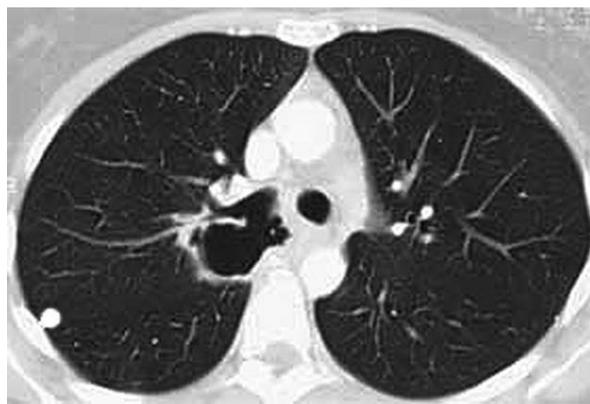


Figura 1. Tomografía Axial Computada. A- TAC de abdomen con contraste: masa renal derecha. B- TAC de tórax: nódulo pulmonar periférico.



Figura 2. a- Resección pulmonar atípica. Grapado con sutura mecánica. b- Postoperatorio inmediato. Región toracoabdominal del paciente en decúbito lateral izquierdo. Nótese las incisiones suturadas y los drenajes de ambos procedimientos.

ción de 100 ml. El paciente evolucionó favorablemente, con alta sanatorial al tercer día de postoperatorio. La anatomía patológica informó carcinoma renal papilar multicéntrico (pT1) y carcinoma epidermoide semidiferenciado intrapulmonar subpleural (pT1), siendo un estadio T1 N0 M0 para ambos tumores.

DISCUSIÓN

El carcinoma de células renales supone el 2-3% de las neoplasias malignas del adulto. En los últimos años su incidencia ha aumentado, influyendo en ello el desarrollo y empleo sistemático de métodos de diagnóstico por imagen que permiten el diagnóstico precoz en estadios asintomáticos. Sin embargo, y pese a la precocidad diagnóstica, un tercio de estos tumores presentan enfermedad metastásica en el momento del mismo (metástasis

sincrónicas) y alrededor de otro tercio la presentarán en el futuro (metástasis metacrónicas).¹⁻³

La presencia de un nódulo pulmonar (NP) diagnosticado durante la estadificación de una masa renal supone un 50 al 70% de probabilidades de ser una metástasis. No obstante, sólo el 0,4% de los pacientes que debutan con un NP tienen metástasis de un tumor renal de origen asintomático.⁴

El manejo de un paciente con NP hallado durante la estadificación de una masa renal, y por consecuencia su pronóstico, depende de la probabilidad de que éste se deba a un proceso canceroso primario o secundario. La importancia de esta diferencia es que, ante un paciente con enfermedad renal neoplásica diseminada, y a pesar de la escisión quirúrgica del tumor primario y su metástasis, su supervivencia a 5 años no superará el 20%. Por

el contrario, ante casos como el reportado, de tumores primarios sincrónicos, renal y pulmonar, el pronóstico va a depender del estadio clínico de cada uno de ellos por separado, con supervivencia mayor del 80 % para el carcinoma epidermoide primario (T1N0M0), y de 80 a 90 % para el carcinoma renal papilar, a los 5 años del tratamiento quirúrgico.⁵⁻⁶

Por lo tanto, ante la detección de un NP en un paciente con una masa renal, se hace evidente la necesidad de resolver una serie de interrogantes: determinar si la lesión es benigna o maligna (primaria o secundaria), si debe ser mantenida en observación o reseca quirúrgicamente, y elegir la técnica que se va a utilizar para ello. En todos los casos es necesario realizar una evaluación ordenada y metódica.

La mayor parte de la bibliografía consultada concluye que la conducta ante una masa renal es su exploración quirúrgica, ya que la morbimortalidad de esta operación es aceptable, por lo que debe ser incluida en el protocolo de todos los pacientes con cáncer renal metastásico y buen status vital.⁷ En el caso presentado, se decidió realizar nefrectomía laparoscópica retroperitoneal debido a que es la vía de abordaje que utilizamos actualmente para tumores de este tipo (T1).

La controversia aparece frente al manejo del NP diagnosticado a partir de la estadificación de la masa renal; algunos autores proponen que el NP debe de ser biopsiado para determinar si es candidato a cirugía, otros grupos aconsejan la cirugía como primera opción, a menos que haya una fuerte sospecha de benignidad.⁸⁻⁹

En el diagnóstico tisular de un NP, la punción biopsia con aguja fina (PBAF) posee una sensibilidad del 64 al 97 %, pero con una especificidad del 12 al 14%. Por lo tanto, una biopsia "negativa" no provee evidencia suficiente acerca de la benignidad de la lesión, ni ofrece ningún beneficio al paciente, debiéndose realizar finalmente otros procedimientos diagnósticos. En el caso de que el diagnóstico en la PBAF sea el de una neoplasia maligna, será de todas formas necesaria la resección completa de la tumoración. El riesgo de neumotórax significativo, es del 5 al 30%. Por todo lo anterior, uno debe cuestionar el valor de la PBAF en cuanto al establecimiento de un diagnóstico que evite la cirugía.⁸

En cuanto a la biopsia excisional, ésta provee un diagnóstico definitivo de la lesión en casi el 100% de los casos y permite la resección total del nódulo. Tradicionalmente, el procedimiento que se realiza es la toracotomía con resección en cuña y manejo definitivo de acuerdo con el resultado de la biopsia. Sin embargo, el surgimiento de la biopsia excisional por vía toracoscópica (BEVT) ha venido a revolucionar el abordaje

quirúrgico de estos pacientes. Dicho procedimiento permite la resección total del nódulo con un mínimo daño tisular y, sobre todo, ofrece una sensibilidad y especificidad diagnósticas del 97 al 100%.⁹⁻¹⁰⁻¹¹

Como en el caso descrito, de pacientes con reserva cardiopulmonar comprometida, que no serían candidatos para una resección pulmonar por toracotomía formal, la BEVT tiene un gran potencial terapéutico al ser factible la realización de una resección en cuña; en especial en aquéllos con lesiones menores de 3 cm., en estadio temprano, sin ganglios, en los que se asocia con una mayor probabilidad de curación, lográndose una sobrevida del 61 a 75% a 5 años en estadios IA (T1N0M0).¹²

Hoy en día la cirugía videoasistida permite una opción de mínima invasión para el tratamiento de estos pacientes, por lo que debemos considerarla como estrategia de tratamiento, especialmente ante una masa renal y NP, donde es notoria la diferencia de pronóstico, según su etiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ameri C., Mazza O. y cols.: Carcinoma incidental: una variable diagnóstica o evolutiva del carcinoma renal? *Rev Arg de Urol* 1998; 63 (1): 27.
2. Ritchie A., Chisholm GD.: The natural history of renal carcinoma. *Semin Oncol* 1983; 10: 390-400.
3. Swensen S., Jett J., y cols.: An integrated approach to evaluation of the solitary pulmonary nodule. *Mayo Clin Proc* 1990; 65: 173-186.
4. Midthun D., Swensen S.: Clinical strategies for solitary pulmonary nodule. *Ann Rev Med* 1992; 43: 195-208.
5. Tolia B., Whitmore W. (Jr). Solitary metastasis from renal cell carcinoma. *J Urol* 1975; 114: 836-838.
6. Ginsberg R., Rubinstein L.: A randomized comparative trial of lobectomy versus limited resection for patients with T1N0 non SCLC lung cancer. *J Lung Cancer* 1992; 7(Suppl.): 304.
7. Montie J., Stewart B., y cols.: The role of adjunctive nephrectomy in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Urol* 1977; 117: 272-275.
8. Westcott JL. Percutaneous transthoracic needle biopsy. *Radiology* 1988; 169: 593-601.
9. Mack M., Hazelrigg S.: Thoracoscopy for the diagnosis of the indeterminate solitary pulmonary nodule. *Ann Thorac Surg* 1993; 56: 825-832.
10. Kaiser LR., Shrager JB.: Video-assisted thoracic surgery: the current state of the art. *Am J Roentgenol* 1995; 165: 1111-1117.
11. Santambrogio L., Nosotti M., y cols.: Videothoracoscopy versus thoracotomy for the diagnosis of the indeterminate solitary pulmonary nodule. *Ann Thorac Surg* 1995; 59: 868-871.
12. Wakabayashi A.: Thoracoscopic partial lung resection in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Surg* 2004; 129: 940-994.