

Resección laparoscópica de recurrencia aislada de carcinoma renal luego de nefrectomía radical convencional

Laparoscopic resection of isolated fossa recurrence of renal cell carcinoma after open nephrectomy

Vitagliano, Gonzalo¹; Castillo, Octavio^{2,3}; Ameri, Carlos¹; Fernández Long, Juan¹

¹Servicio de Urología, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina, ²Servicio de Urología, Clínica Indisa, Santiago de Chile, ³Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

La recurrencia local frente a una correcta técnica quirúrgica y ante la ausencia de metástasis a distancia es de rara presentación luego de la nefrectomía radical. El tratamiento estándar para esta presentación clínica sigue siendo la resección quirúrgica. No obstante, persisten controversias sobre el abordaje quirúrgico y el tratamiento adyuvante. En este trabajo, reportamos una pequeña serie de pacientes con manejo completo laparoscópico de recurrencia de carcinoma renal luego de nefrectomía radical convencional.

PALABRAS CLAVE: Tumor renal, recurrencia local, laparoscopia.

Local recurrence in the face of correct surgical technique and absence of distant metastasis is a rare occurrence after radical nephrectomy. Standardized management for this pathological setting remains surgical resection. Nevertheless controversy persists over surgical approach and adjuvant treatments. We report a small series of patients with fully laparoscopic management of isolated renal fossa recurrence following open radical nephrectomy.

KEY WORDS: Renal tumor, local recurrence, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

En 2009, el Instituto Americano del Cáncer reportó una cifra estimada en 49.096 nuevos casos de cáncer renal. La masiva utilización de costosos métodos imagenológicos ha permitido diagnosticar al carcinoma renal de células claras (CRCC) en estadios tempranos. Sin embargo, la mortalidad en los últimos 15 años no ha cambiado. La resección quirúrgica de las masas renales continúa siendo el "gold standard." Las nefrectomías radicales o parciales, aun siendo convencionales o laparoscópicas, han sido bien regladas y bajo criterios estandarizados se realizan en múltiples centros a nivel mundial.

La recurrencia local frente a una correcta técnica quirúrgica y ante la ausencia de metástasis a distancia es de rara aparición. La literatura es escasa para esta presentación patológica, sin embargo, la remoción quirúrgica es reconocida como la piedra angular del tratamiento en este escenario¹⁻⁶. Han sido reportados como tratamientos posibles la resección convencional, la radioterapia externa, la termo-ablación, la radiofrecuencia y la resección laparoscópica¹⁻⁶.

Aquí reportamos una pequeña serie de pacientes con manejo laparoscópico de la recurrencia aislada del CRCC en la fosa renal, luego de haber realizado una nefrectomía radical convencional.

CASOS

Un total de 3 pacientes con recurrencia local luego de una nefrectomía radical convencional fueron tratados laparoscópicamente en dos instituciones.

Caso 1: Mujer de 76 años de edad a quien se le realizó una nefrectomía radical convencional izquierda en nuestra institución por un CRCC de 4,5 cm Fuhrman I (T1b). Durante la cirugía se consiguieron criterios oncológicos de resección, la paciente evolucionó favorablemente. Seis meses luego de la cirugía, en TC de control se observó una masa de 3,2 cm en la fosa renal izquierda (**Figura 1**). Se realizaron un centellograma óseo y una TC de tórax que descartaron metástasis a distancia. Ante este hallazgo se planteó la resección laparoscópica de la masa observada.

Bajo anestesia general, la paciente fue posicionada en decúbito lateral luego de la colocación de una sonda orogástrica y una sonda vesical tipo Foley. La ubicación de los trócares fue similar a una nefrectomía izquierda laparoscópica (**Figura 2**). Luego de la liberación de adherencias peritoneales, el colon izquierdo fue completamente movilizado. La masa de 3,2 cm fue

hallada adyacente al plano muscular posterior. Se realizó la exéresis completa de la lesión utilizando bisturí armónico (Ethicon Endosurgery) con amplios márgenes oncológicos de seguridad. La extracción de la pieza fue realizada con bolsa (Ethicon Endosurgery) exteriorizándose a través de la prolongación de la incisión del puerto distal de 12 mm. No se dejó drenaje en el lecho quirúrgico. El tiempo de la cirugía fue de 90 minutos y las pérdidas sanguíneas despreciables. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al segundo día postoperatorio. Anatomía patológica informó un CRCC de 3,5 cm Fuhrman I con márgenes quirúrgicos negativos (**Figura 3**). Luego de 9 meses, la paciente se encuentra sin evidencia de enfermedad.

Caso 2: Masculino de 59 años de edad con historia de nefrectomía radical convencional realizada en otra institución por una masa renal izquierda de 6 cm, que la anatomía patológica informó como carcinoma tubular de Bellini. A los dos años de la intervención, el paciente presentó importante pérdida de peso. En TC de control se encontró una masa retroperitoneal de 5 cm por debajo de la cola del páncreas. Exámenes complementarios descartaron la presencia de metástasis a distancia. Se realizó la resección laparoscópica de la lesión sin incidentes. Luego de movilizar el bazo, colon y páncreas, la masa fue hallada con una pseudo-cápsula permitiendo una disección oncológicamente segura. La extracción de la pieza se realizó con bolsa exteriorizándose por la prolongación de una de las incisiones de los puertos. El tiempo quirúrgico y la pérdida sanguínea fueron de 120 minutos y 200 ml, respectivamente. El paciente fue dado de alta al segundo día postoperatorio. La anatomía patológica diferida informó carcinoma renal de células claras descartando el diagnóstico previo. El paciente no presentó recurrencia de su enfermedad luego de un seguimiento de 18 meses.

Caso 3: Masculino de 81 años de edad, intervenido quirúrgicamente (nefrectomía radical convencional) por un CRCC T3b derecho con trombo en vena cava infradiafragmática, presentó al décimo mes postoperatorio una recurrencia local de 3 cm en la fosa renal derecha por debajo del hígado. Se planteó la resección de la lesión laparoscópicamente. Manteniendo los mismos principios oncológicos anteriormente descritos, la lesión fue removida favorablemente. El tiempo quirúrgico fue de 75 minutos y el sangrado operatorio de 50 ml, el paciente fue dado de alta en su segundo día postoperatorio. No presenta evidencia de enfermedad en 24 meses.

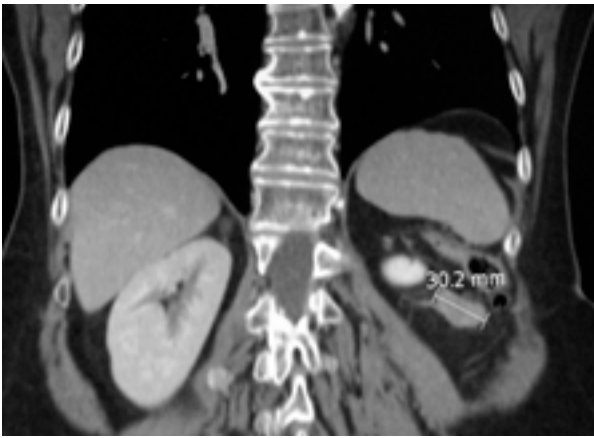


Figura 1. Fosa renal izquierda con recurrencia tumoral.



Figura 2. Disposición de trócares.



Figura 3. Especimen quirúrgico.

DISCUSIÓN

La presencia de una recurrencia local luego de una nefrectomía radical convencional ha sido asociada comúnmente con un peor pronóstico. De Kerion y cols. describieron que un 86% de los pacientes con recurrencia local de su enfermedad y metástasis a distancia mueren al año, mientras que únicamente la mitad (40%) de pacientes mueren con recurrencia local cuando se presentan sin enfermedad metastásica¹.

El tiempo transcurrido entre la nefrectomía radical y la recurrencia local de la enfermedad indica que pacientes con recurrencia local tardía tienden a presentar mejor sobrevida¹. Sandhu y cols. reportaron su experiencia con 16 pacientes operados de recurrencia local de CRCC. Antes de la cirugía, 8 pacientes habían sido receptores de una inmunoterapia sistémica sin respuesta local de su enfermedad. Dos pacientes se

consideraron inoperables. De los 14 restantes, un total de 8 (57%) presentaron márgenes libres histológicamente luego de la resección. Con una media de seguimiento de 1 año, 5 pacientes continúan libres de enfermedad actualmente, 4 tienen recaída local y a distancia, y 5 desarrollaron metástasis a distancia únicamente. Los autores concluyeron que la presencia de márgenes positivos en la resección tumoral es un factor significativo en la predicción de la sobrevida libre de enfermedad, local o a distancia; y la extirpación quirúrgica completa puede llevar a prolongar la sobrevida libre de enfermedad².

La presencia de recurrencia local es usualmente asintomática, no obstante podrían aparecer síntomas si los órganos circundantes se encuentran afectados por el crecimiento del tumor. La recurrencia local tumoral

en ausencia de enfermedad metastásica es frecuentemente asociada a márgenes quirúrgicos positivos y a técnica quirúrgica inadecuada. Sin embargo, la diferenciación y el grado tumoral se encuentran también asociados a esta ocurrencia. En el primer caso arriba mencionado, la nefrectomía radical primaria fue realizada sin inconvenientes y el estadio tumoral inicial y el grado fue un T1b y Fuhrman I, respectivamente. En el segundo caso, un diagnóstico anatomopatológico equivocado informó un CRCC como un tumor tubular de Bellini, por lo que el paciente no recibió un seguimiento apropiado hasta haberse constatado un importante descenso de peso. En el tercer caso, el estadio tumoral (T3b) se encuentra claramente asociado a la recurrencia local.

Master y cols. realizaron una revisión bibliográfica de las publicaciones sobre el manejo de la recurrencia local de la fosa renal¹. Entre sus hallazgos, describen que numerosos autores reportaron un número sustancial de casos de T1 que desarrollaron recurrencia local. El propósito de su estudio fue describir la utilización de la extirpación quirúrgica con radiación intraoperatoria adyuvante (IORT) para el tratamiento de la recurrencia de la fosa renal. En sus series, la mayoría de los casos eran inicialmente pT3 (71%). Concluyeron que una significativa fracción de pacientes (30%) tuvo resultados duraderos a un seguimiento de 5 años con resección quirúrgica y la posibilidad de terapia radiante intraoperatoria adyuvante; sin embargo IORT no probó ofrecer una ventaja en la sobrevida del paciente.

Las opciones de tratamiento para la recurrencia local luego de una nefrectomía radical son limitadas. La observación del enfermo únicamente no es una opción, no hay evidencia substancial para el uso de termo-ablación, radio-ablación o terapia radiante externa. Recientemente, Grenier y cols. reportaron la utilización de antiangiogénicos como pretratamiento antes de la ablación por radiofrecuencia en grandes tumores renales recurrentes con resultados aceptables³. Es lógico pensar que la modificación del tamaño y la vascularización tumoral pudieran además favorecer en el tratamiento de la recurrencia local; sin embargo, según nuestro conocimiento no ha habido reportes que sustentaran esta consideración. En nuestra opinión, la resección quirúrgica con amplios márgenes oncológicos de seguridad continúa siendo la mejor opción en ausencia de metástasis a distancia.

La resección quirúrgica de la recurrencia tumoral local luego de una nefrectomía radical puede ser desafiante, especialmente si el tumor ha crecido cercano a estructuras vasculares mayores. Los beneficios de un

abordaje mínimamente invasivo han sido probados por mucho tiempo. La laparoscopia mano asistida fue reportada por Nakada y cols. con un paciente femenino de 72 años de edad, con recurrencia local de tumor renal grado II, estadio T3. La paciente fue dada de alta al 5° día postoperatorio sin evidencia de enfermedad en los controles postoperatorios. Los autores creen que la capacidad de palpar la lesión en la fosa renal simplifica su identificación y su resección al mismo tiempo que disminuye la pérdida sanguínea y la morbilidad.

En nuestros casos, las lesiones fueron encontradas luego de movilizar estructuras adyacentes sin la necesidad de recurrir a la laparoscopia mano asistida. Un abordaje completamente laparoscópico fue factible permitiendo mínima convalecencia y alta sanatorial temprana. En nuestra opinión, estos son los primeros casos reportados de manejo exclusivamente laparoscópico en el escenario de una recurrencia renal local luego de una nefrectomía radical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Master VA, Gottschalk A, Kane C, Carrol P: Management of isolated renal fossa recurrence following radical nephrectomy. *J Urol*. 2005; 174: 473-477.
2. Sandhu SS, Symes A, A'Hern R, Sohaib SA, Eisen T, Gore M, Christmas TJ: Surgical excision of isolated renal-bed recurrence after radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *BJU Int*. Mar 2005; 95(4):522-5.
3. Grenier N, Douws C, Pérot V, Ferrière JM, Ravaut A: Combined radiofrequency ablation and antiangiogenic drug for the treatment of recurrent renal tumor. *Urology Apr* 2009; 73(4):928. e11-2.
4. Nakada S, Johnson B, Hahnfield L, Jarrard D: Resection of isolated fossa recurrence of renal cell carcinoma after nephrectomy using hand-assisted laparoscopy. *Endourol*. 2002; 16(9): 687-8.
5. McLaughlin CA, Chen MY, Torti FM, Hall MC, Zagoria RJ: Radiofrequency ablation of isolated local recurrence of renal cell carcinoma after radical nephrectomy. *AJR Am J Roentgenol*. 2003; 181: 93.
6. Rhode D, Albers C, Mahnken A, Tacke J: Regional thermoablation of local or metastatic renal cell carcinoma. *Oncol Rep*. 2003; 10: 753.