

# CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES BILATERAL SINCRÓNICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. DOMÍNGUEZ DOMÍNGUEZ, R. QUINTERO RODRÍGUEZ,  
R. IBÁÑEZ SUÁREZ, J.M. ARROYO MAESTRE, J.E. CAMACHO GONZÁLEZ

*Servicio de Urología. Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.*

**PALABRAS CLAVE:**

Carcinoma renal bilateral. Cirugía conservadora.

**KEY WORDS:**

Bilateral renal cell carcinoma. Conservative surgery. Partial nephrectomy.

Actas Urol Esp. 26 (10): 796-800, 2002

## **RESUMEN**

La nefrectomía radical es considerada el tratamiento de elección para el carcinoma renal. Los buenos resultados obtenidos en los últimos años con la resección parcial, hacen considerar a la cirugía conservadora como el mejor tratamiento en los casos de tumores renales bilaterales bien seleccionados. Así mismo se evita la diálisis en estos casos minimizando el riesgo subsiguiente de déficit inmunológico y mayor posibilidad de enfermedad metastásica. Sin embargo actualmente en lo que se refiere a la cirugía electiva conservadora parece existir controversia en cuanto a las indicaciones y la técnica quirúrgica a realizar (resección parcial versus enucleación). Presentamos un caso de carcinoma renal bilateral sincrónico en el que se optó por cirugía radical en el riñón izquierdo que presentaba gran tumoración con focos múltiples corticales confirmados mediante PAAF, y cirugía conservadora en el riñón derecho con enucleación de masa bien delimitada en polo inferior renal, así mismo confirmada mediante PAAF. Durante cinco años el paciente mantuvo función renal normal con buena calidad de vida, presentando en ese momento y en uno de los controles radiológicos, recidiva tumoral en el único riñón que obligó a cirugía radical e inclusión del paciente en programa de diálisis.

## **ABSTRACT**

The radical nephrectomy is considered to be the optional treatment for renal carcinoma. In the last years, the good results with partial resection shows conservadora surgery the most suitable treatment for well-localized bilateral renal tumours. In this cases dialysis is avoided, and the subsequent risk of immunological deficit and the higher possibility of metastatic illness are minimized. Nowadays, however, there seems to be some controversy over conservative surgery, concerning applications and technique of surgery to practice (partial resection vs. enucleation). We have a case of bilateral synchronous renal cell carcinoma where radical surgery on the left kidney was put into practice, as it presented a great tumour with multiples points corticals confirmed by PAAF and conservative surgery on the right kidney with enucleation of localized mass in the lower renal. The patient held normal renal function with a good quality of life for five years, finding out then, in one of the radiological tests, carcinoma relapse in the only kidney, that forced to radical surgery and to his inclusion in dialysis programme.

Presentamos un caso de carcinoma de células renales bilateral sincrónico, que tras realizar nefrectomía radical izquierda más tumorectomía renal derecha el paciente se mantuvo libre de enfermedad por un periodo de cinco años. Presentando en este momento un carcinoma de células renales en el riñón izquierdo que obligó a realizar nefrectomía radical izquierda e inclusión del paciente en programa de diálisis. Aprovechamos la presentación de este caso para revisar la literatura de la cirugía conservadora en el carcinoma renal y el pronóstico de aquellos pacientes con carcinoma renal bilateral sincrónico o asincrónico.

### CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 65 años con antecedentes de fumador importante, obesidad, diabetes mellitus no insulín-dependiente, EPOC, hipertensión arterial, ureterolitECTomía izquierda en el año 1984 e intervenido de fractura de miembro inferior izquierdo. Nos fue remitido a nuestra consulta en 1995 para estudio de hematuria y dolor en flanco izquierdo. Se realizó analítica que resultó dentro de la normalidad. Mediante ecografía y TAC abdominal (Figs. 1 y 2) se evidenció riñón izquierdo atrófico con infiltración grasa y mala definición córtico-medular, con imágenes hipoecoicas en su cortical y masa de 5 cm de diámetro a nivel de polo superior. En el riñón derecho se observó imagen anecoica a nivel de polo inferior compatible con quiste cortical y próximo a éste, imagen de densidad heterogénea, bien delimitada y con diámetro de 53 mm. Se realizó PAAF de ambas masas renales resultando la citología positiva para células tumorales compatible con carcinoma de células renales bilateral, con mayor grado de celularidad y atipia en el riñón izquierdo. Se realizó urografía intravenosa (Fig. 3) comprobándose la normofunción renal bilateral. En diciembre de 1995 se realizó nefrectomía radical izquierda más tumorectomía renal derecha. El informe de anatomía patológica describía tumoración renal derecha redondeada de 5 x 4,2 x 3,5 cm con fragmentos de cápsula y grasa, y riñón izquierdo de aspecto atrófico de 8 x 4 x 5 cm; correspondiendo ambos tumores con carcinoma renal de células claras que en el lado derecho mostraba distribución trabecular con fragmentos de cápsula y grasa sin cambios relevantes, mientras que el

**FIGURA 1.** Masa heterogénea de 5 cm en riñón derecho.

**FIGURA 2**

izquierdo era túbulo-papilar y con elementos de mayor pleomorfismo sin infiltración de cápsula ni grasa perirrenal. Las lesiones corticales del riñón izquierdo se correspondían con focos múltiples de carcinoma.

## DISCUSIÓN

El carcinoma de células renales bilateral puede presentarse de forma sincrónica o asincrónica, y se estima que se da con una frecuencia que oscila entre el 0,4 y el 5% de todos los casos de carcinoma renal<sup>1,2</sup>. Es por ello que ante la presencia de un carcinoma renal deba siempre valorarse el riñón contralateral. Existen casos de carcinoma renal bilateral familiar, con afectación de varios miembros de la misma familia, en relación generalmente con cuatro síndromes de origen hereditario: enfermedad de Von Hippel-Lindau, carcinoma de células renales papilar hereditario, síndrome de Birt-Hogg-Dube y oncocitoma renal familiar<sup>3</sup>. La cirugía conservadora con amplios márgenes, puede ser un tratamiento eficaz para maximizar la función renal con mínimo riesgo de enfermedad metastásica<sup>2,4,5</sup>.

Desde que Robson en 1963 aportara el concepto de radicalidad en la cirugía del carcinoma renal, con mayores índices de supervivencia frente a la nefrectomía simple<sup>6</sup>, la nefrectomía radical viene siendo el tratamiento unánimemente aceptado como tratamiento de primera elección en el carcinoma renal unilateral con riñón contralateral sano<sup>4</sup>. Sin embargo en los últimos años se considera por una parte, que estas diferencias en los índices de supervivencia de la nefrectomía radical con respecto a la nefrectomía simple que Robson encontró tras un análisis retrospectivo de sus resultados con los que se habían obtenido previamente, puedan deberse a la mejor selección de pacientes, mejores cuidados médicos e incluso a mejor técnica quirúrgica y no sólo a la extensión de la misma<sup>7</sup>, e incluso varios estudios retrospectivos algo posteriores al de Robson afirmaban lo contrario, dado que venían a destacar que la extensión de la técnica quirúrgica no añadía beneficio alguno<sup>8,9</sup>.

Actualmente la cirugía es el único tratamiento con intención curativa del carcinoma renal y ésta debe conseguir la exéresis completa del tumor con márgenes negativos. Cuando se trata de tumores pequeños cabe esperar que la cirugía conservadora pueda conseguir este propósito, la única objeción a la decisión de cirugía conservadora en el carcinoma de células renales es el alto índice de recidiva local. Esto puede ser consecuencia de la resección insuficiente de la primera lesión, a la

### FIGURA 3

El paciente se recuperó favorablemente y al alta presentaba una función renal dentro de la normalidad. En los controles analíticos y radiológicos posteriores, durante un periodo de cinco años, no se detectó alteración en la función renal ni recidiva tumoral en riñón derecho. Tras este periodo y en uno de los controles tomográficos se evidenció lesión ocupante de espacio en polo inferior de características heterogéneas que provocaba deformidad de los infundíbulos, sin dilatación del sistema excretor. Se realizó resonancia nuclear magnética (Fig. 4) donde se aprecian dos quistes simples, uno de 2 cm en tercio medio y otro de 1,5 cm en polo inferior y masa de 6 x 4,5 cm que afecta a tercio medio y polo inferior, con zonas hipo e hiperintensas en T1 y T2 y que tras la administración de contraste presenta una captación del mismo de forma heterogénea, sin invasión de vena renal ni presencia de adenopatías. Se realiza nefrectomía derecha, comenzando diálisis en el postoperatorio inmediato y sin otras incidencias hasta el momento.

**FIGURA 4**

presencia de lesiones satélites no identificadas desde el principio o ambas. En diferentes series que se vienen publicando desde las últimas décadas se avala la solidez de la cirugía conservadora en el tratamiento del carcinoma renal<sup>10,11</sup>. Series publicadas más recientemente<sup>4,5,12-14</sup> ratifican este hecho. Sin embargo el riesgo de recidiva local es difícilmente valorable antes de la cirugía y en este sentido varían las distintas series, oscilando entre un 0-3% el índice de recidiva local, con un índice de supervivencia cáncer-específica del orden del 90 al 98% a los cinco años<sup>13,15</sup> en las series en las que se llevó a cabo cirugía conservadora en tumores de más pequeño tamaño y bajo grado, con riñón contralateral sano. Por otra parte en series en las que las indicaciones quirúrgicas eran obligadas, como en el caso de pacientes monorrenos o tumores renales bilaterales, la tasa de recidiva local a los 10 años fue del 32%<sup>16</sup>.

Parece ampliamente establecido que el riesgo de recidiva local está en relación con el tamaño del tumor renal. En estudios recientes se establece un

riesgo potencial bajo de recidiva para la cirugía conservadora en tumores menores de 4 cm, únicos con riñón contralateral sano<sup>13,14,17,18</sup>, e incluso algunos autores colocan este límite en tumores menores de 5 cm<sup>19</sup>. Pero tumores menores de 3 cm tienen un riesgo, aunque bajo, de metástasis<sup>20</sup>. Por otra parte existe una relación establecida entre el incremento de grado tumoral en relación al tamaño del tumor<sup>21</sup>. En un estudio anatomopatológico del tejido peritumoral que se obtenía tras la resección parcial de 28 carcinomas renales realizado por Costantini y cols.<sup>22</sup>, encontraron que en 23 casos (82%) el parénquima peritumoral estaba libre de infiltración o tumores satélites microscópicos perilesionales.

Cuando se trata de cirugía conservadora electiva la mayoría de los autores aceptan un límite de 4 cm de tamaño tumoral<sup>13,17</sup>. Aunque hay autores que encuentran un riesgo de recidiva local casi nulo en tumores menores de 2,5 cm<sup>23</sup>. En aquellas circunstancias de cirugía conservadora obligada, el seguimiento a largo plazo revela buenos resultados en la mayoría de los pacientes<sup>12</sup>.

Sin embargo, y a pesar de los buenos resultados obtenidos con la resección parcial actualmente, la nefrectomía radical es considerada el tratamiento de elección para el carcinoma renal en pacientes con riñón contralateral sano, planteándose la cirugía conservadora en pacientes monorrenos funcionales u orgánicos, en pacientes con carcinomas renales bilaterales, en presencia de enfermedades sistémicas proclives a desarrollar insuficiencia renal y en síndromes tumorales renales familiares con alto riesgo de recidiva. La cirugía conservadora parece igualmente curativa en el caso de tumores pequeños y pacientes bien seleccionados, pero la cirugía conservadora electiva continúa siendo polémica en lo que se refiere a sus indicaciones y a la técnica quirúrgica a emplear: resección parcial/enucleación<sup>10</sup>. La enucleación del tumor parece razonable en aquellos tumores de bajo estadio y de fácil acceso quirúrgico<sup>19</sup>. La ecografía intraoperatoria es utilizada por algunos autores para definir la lesión y para investigar tumores multifocales asociados<sup>5</sup>.

## REFERENCIAS

- PETRITSCH PH, RAUCHENWALD M, ZECHNER O, LUDVIK W, PUMMER K, URLESBERGER H, EBERLE J et al.: Results after organ-preserving surgery for renal cell carcinoma: an Austrian multicenter study. *Eur Urol* 1990; **18**: 84.
- PÉREZ GARCÍA FJ, REGADERA SEJAS FJ, RODRÍGUEZ MARTÍNEZ JJ, MARTÍNEZ GÓMEZ FJ, CASASOLA CHAMORRO J, SÁNCHEZ TRILLA A: Synchronous bilateral renal adenocarcinoma. Our experience with conservative. *Arch Esp Urol* 1999 jun; **52** (5): 471-477.
- HERRING JC, ENQUIST EG, CHERNOFF A, LINEHAN WM, CHOYKE PL, WALTHER MM: Parenchymal sparing surgery in patients with hereditary renal cell carcinoma: 10-year experience. *J Urol* 2001 mar; **165** (3): 777-781.
- GACCI M, RIZZO M, LAPINI A, SERNI S, STEFANUCI S, CARINI M: Imperative indications for conservative surgery for renal cell carcinoma: 20 years' experience. *Urol Int* 2001; **67** (3): 203-208.
- CHAN DY, MARSHALL FF: Partial nephrectomy for centrally located tumors. *Urology* 1999 dec; **54** (6): 1.088-1.091.
- ROBSON CJ: Radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *J Urol* 1963; **89**: 37-42.
- SANG EL, HYEON HK: Validez de la cirugía conservadora renal en el carcinoma renal localizado. *Eur Urol* 1995; **2** (4): 297-230.
- SKINNER DJ, COLVIN RB, VERMILLION CD, PTIS-TER RC, LEADBETTER WF: Diagnosis and management of renal cell carcinoma: a clinical and pathologic study of 309 cases. *Cancer* 1971; **28**: 1.165-1.177.
- RAFLA S: Renal cell carcinoma: natural history and results of treatment. *Cancer* 1970; **25**: 26-40.
- VAN POPPEL H, CLAES H, WILLEMEN P, OYEN R, BAERT L: Is there a place for conservative surgery in the treatment of renal carcinoma?. *Br J Urol* 1991; **67**: 129.
- MORGAN WR, ZINCKE H: Progression and survival after renal-conserving surgery for renal cell carcinoma: experience in 104 patients and extended follow-up. *J Urol* 1990; **144**: 852.
- GONZÁLEZ MARTÍN M, ÁLVAREZ CASTELO LM, CHANTADA ABAL V, RODRÍGUEZ RIVERA J, SÁNCHEZ MERINO JM, GÓMEZ VEIGA F: Conservative surgery for renal carcinoma. *Actas Urol Esp* 1999 may; **23** (5): 424-431.
- NOVICK AC: Nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma. *Annu Rev Med* 2002; **53**: 393-407.
- LÓPEZ-COSTEA MA, GONZÁLEZ-SATUE C, FRANCO MIRANDA E, ARBELÁEZ ARANGO S, RIERA CANALS L, PRATS DE PUIG JM, SERRALLACH MILA N: Partial nephrectomy in renal cell carcinoma. *Actas Urol Esp* 2001 jul-aug; **25** (7): 482-488.
- FILIPAS D, FICHTNER J, SPIX C, BLACK P, CARUS W, HOHENFELLNER R, THUROFF J: Nephron sparing surgery of renal cell carcinoma with normal opposite kidney: long-term outcome in 180 patients. *Urology* 2000; **56**: 387.
- FERGANY A, HAFEZ K, NOVICK A: Long-term results of nephron sparing surgery for localized renal cell carcinoma: 10 years followup. *J Urol* 2000; **163**: 442.
- LEE C, KATZ J, SHI W, THALER H, REUTER V, RUSSO P: Surgical management of renal tumors 4 cm or less in a contemporary cohort. *J Urol* 2000; **163**: 730.
- GOFRIT ON, SHAPIRO A, KOVALSKI N, LANDAU EH, SHENFELD OZ, PODE D: Renal cell carcinoma: evaluation of the 1997 TNM system and recommendations for follow-up after surgery. *Eur Urol* 2001 jun; **39** (6): 669-674.
- GRASSO M, SALONIA A, LANIA C, FRESCHI M, CASTELL M, RIGATTI P: Conservative surgery in small renal tumors: our experience. *Arch Esp Urol* 1999 dec; **52** (10): 1.102-1.107.
- NISSERKORN I, BERNHEIM J: Multicentricity in renal cell carcinoma. *J Urol* 1995; **153**: 620.
- WUNDERLICH H, REICHEL T O, SCHUMANN S et al.: Nephron sparing surgery for renal cell carcinoma 4 cm or less in diameter: indicated or under treated?. *J Urol* 1998; **159**: 1.465.
- COSTANTINI E, MEARINI E, FICOLA F, PETRONI PA, BISCOTTO S, MONICO S, PORENA M: Carcinoma renal: hallazgos histológicos en el tejido peritumoral tras la cirugía conservadora. *Eur Urol* 1996; **3** (5): 441-445.
- AFES K, NOVICK A, CAMPBELL S: Patterns of tumor recurrence and guidelines for followup after nephron sparing surgery for sporadic renal cell carcinoma. *J Urol* 1997; **157**: 2.067.

Dra. Montserrat Domínguez Domínguez  
Residencial Andrómeda, 55  
41700 La Motilla-Dos Hermanas (Sevilla)

(Trabajo recibido el 20 marzo de 2001)