

Versión Electrónica. Enero 2007

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER RENAL

Colectivo de Autores:

- **Cirugía: Dr. Antonio Bouzo Lopez, Dr. Celestino Labori Cardas , Dr. Jorge Gonzalez Hernandez,**
- **Radioterapia: Dr. Jorge Rodríguez Machado**
- **Oncología Médica: Dr. Fernando Areces Delgado**

INTRODUCCION:

El cáncer de células renales, también llamado adenocarcinoma renal o hipernefroma, a menudo puede curarse si se diagnostica y se trata cuando todavía está localizado al riñón y al tejido circundante inmediato. La probabilidad de curación está directamente relacionada con el estadio o grado de diseminación del tumor. Aun cuando los ganglios linfáticos regionales o los vasos sanguíneos están afectados por el tumor, un número significativo de pacientes puede lograr supervivencia prolongada y probable curación. Cuando hay metástasis a distancia, la supervivencia libre de enfermedad es precaria; sin embargo, algunos pacientes seleccionados sobrevivirán después de resección quirúrgica de todo el tumor conocido. Porque una mayoría de pacientes son diagnosticados cuando el tumor está todavía relativamente localizado y es susceptible de extirpación quirúrgica, aproximadamente el 40% de todos los pacientes con cáncer renal sobrevive cinco años. Algunos pacientes con enfermedad avanzada local o metastásica pueden presentar cursos indolentes que duran varios años. Ocasionalmente, se presenta una recidiva tardía del tumor muchos años después del tratamiento inicial.

El cáncer de células renales es uno de los pocos tumores en los cuales hay casos bien documentados de regresión espontánea del tumor sin terapia, pero esto se presenta muy rara vez y quizás no produzca supervivencia a largo plazo. La resección quirúrgica es el tratamiento fundamental para esta enfermedad. Aun en los pacientes con tumor diseminado, las terapias loco-regionales pueden desempeñar una función importante en el alivio de síntomas del tumor primario o de la producción ectópica de hormonas. La terapia sistémica ha mostrado sólo eficacia limitada.

Clasificación celular: El 85% de los cánceres de células renales son adenocarcinomas estos se dividen en carcinomas de células claras y carcinomas de células granulares (siendo los últimos más agresivos) , se pueden ver las dos variedades en un mismo tumor. El 15% restante son tumores del epitelio de transición y se localizan en el sistema colector y uréter.

SISTEMATICA DIAGNOSTICA:

A. Anamnesis:

1. El paciente puede estar asintomático y el diagnóstico del tumor ser un hallazgo
2. Los síntomas más frecuentes pueden derivarse del volumen tumoral intra-abdominal, las manifestaciones para-neoplásicas y los originados de las metástasis a distancia.

B. Examen Físico:

1. El examen físico puede ser negativo
2. Se puede evidenciar palidez ,HTA, adenomegalias supraclaviculares , tumor abdominal palpable.

C. Exámenes complementarios de Laboratorio Clínico:

1. Hemoquímica

D. Estudios Imagenológicos:

1. US Abdominal ,
2. TAC de abdomen contrastado
3. US doppler renal y de vasos Aorto-Cavo
4. GG óseo
5. Rx de tórax.
6. En casos de dudas en el diagnóstico imagenológico CAAF ecodirigida de la lesión.

ESTADIAMIENTO: Ver anexo

TERAPEUTICA

Aspectos generales de las opciones de tratamiento:

El pronóstico de los tumores renales en estadios I y II es bueno. El tratamiento quirúrgico es el estándar. La tasa de curación rebasa el 70% en estos casos.

Los estadios III y IV tienen poca respuesta al tratamiento quirúrgico, la radioresistencia y la quimioresistencia de esta localización reducen las posibilidades terapéuticas, quedando la inmunoterapia como opción limitada , lo que trae consigo que el pronóstico de estos casos sea muy sombrío.

Tratamiento según Estadios.

Estadio I

1. Opciones de tratamiento quirúrgico:
 - Nefrectomía radical.
 - Nefrectomía simple.
 - Nefrectomía polar en tumores pequeños localizados en los polos renales).
2. En casos que se imposibilite la cirugía se pueden evaluar, pero sin resultados curativos:
 - El tratamiento con radiaciones ionizantes
 - La embolización selectiva
 - La inmunoterapia (Interferon –interlukina -2) , solos o en combinación.

Estadio II

1. Opciones de tratamiento quirúrgico:
 - Nefrectomía radical. La operación incluye la extirpación del riñón, de la glándula suprarrenal, de grasa perirrenal y de la fascia de Gerota, con disección de ganglios linfáticos regionales o sin ella. Suele emplearse la linfadenectomía, pero su eficacia no se ha comprobado definitivamente.
2. En los casos en que esté contraindicada la cirugía se aplican los mismos postulados que en el Estadio I

Estadio III

1. En los T3a-T3b, N0, M0.
 - Nefrectomía Radical.
2. En los T1, T2, T3, T3a ,T3b, T3c N1, M0 (Este estadio del cáncer de células renales es curable con cirugía en una pequeña minoría de los casos. Es necesario hacer una nefrectomía radical y una disección de los ganglios linfáticos.

Opciones de tratamiento estándar:

Para los tumores T3b, nefrectomía radical con resección de la vena renal y, según sea necesario, de la vena cava.

Para cualquier tumor clasificado como T, N1-3, nefrectomía radical con disección de los ganglios linfáticos.

Embolización preoperatoria y nefrectomía radical.

Radioterapia de haz externo, como paliación

Embolización del tumor, como paliación.

Nefrectomía paliativa.

Radioterapia de haz externo preoperatoria o postoperatoria y nefrectomía radical.

Estadio IV

1. Opciones de tratamiento quirúrgico:
 - Nefrectomía paliativa.
 - Nefrectomía radical (para las lesiones T4)
 - Escisión quirúrgica de la enfermedad metastásica con nefrectomía radical (para pacientes M1 seleccionados).
 - Embolización paliativa.
2. Drogas antiangiogénicas:
 - IL-2 .
 - Interferón alfa.
3. Radioterapia externa
4. Inclusión en ensayos clínicos.

Cáncer recurrente de células renales:

Opciones de tratamiento:

- IL-2.
- Interferón alfa.
- Radioterapia externa.
- Vinblastina.
- Drogas antiangiogénicas.

Seguimiento:

Se realizara en la consulta de urología con una frecuencia semestral en los primeros cinco años, realizándole al paciente examen físico en busca de masas tumorales abdominales y adenomegalias , Hemoquímica completa , US. renal y del lecho renal operado, Rx. torax .Se debe destacar que es importante tener presente no solo buscar la recidiva tumoral o las posibles metástasis sino la evolución del la unidad renal residual y su adaptación post quirúrgica

Bibliografía

1. Childs R, Chernoff A, Contentin N, et al.: Regression of metastatic renal-cell carcinoma after nonmyeloablative allogeneic peripheral-blood stem-cell transplantation. N Engl J Med 343 (11): 750-8, 2000.
2. Coppin C, Porzsolt F, Awa A, et al.: Immunotherapy for advanced renal cell cancer. Cochrane Database Syst Rev (1): CD001425, 2005.

3. Mickisch GH, Garin A, van Poppel H, et al.: Radical nephrectomy plus interferon-alfa-based immunotherapy compared with interferon alfa alone in metastatic renal-cell carcinoma: a randomised trial. *Lancet* 358 (9286): 966-70, 2001
4. Mickisch GH, Garin A, van Poppel H, et al.: Radical nephrectomy plus interferon-alfa-based immunotherapy compared with interferon alfa alone in metastatic renal-cell carcinoma: a randomised trial. *Lancet* 358 (9286): 966-70, 2001
5. Angermeier KW, Novick AC, Strem SB, et al.: Nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma with venous involvement. *J Urol* 144 (6): 1352-5, 1990
6. Phillips E, Messing EM: Role of lymphadenectomy in the treatment of renal cell carcinoma. *Urology* 41 (1): 9-15, 1993.
7. Phillips E, Messing EM: Role of lymphadenectomy in the treatment of renal cell carcinoma. *Urology* 41 (1): 9-15, 1993.
8. Thrasher JB, Robertson JE, Paulson DF: Expanding indications for conservative renal surgery in renal cell carcinoma. *Urology* 43 (2): 160-8, 1994
9. Kidney. In: American Joint Committee on Cancer.: *AJCC Cancer Staging Manual*. 6th ed. New York, NY: Springer, 2002, pp 323-5.
10. American Cancer Society.: *Cancer Facts and Figures 2006*. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2006.
11. Sene AP, Hunt L, McMahon RF, et al.: Renal carcinoma in patients undergoing nephrectomy: analysis of survival and prognostic factors. *Br J Urol* 70 (2): 125-34, 1992.

ANEXO I

Clasificación TNM para Estadiamiento:

Categoría T (Tumor primario)

TX: El tumor primario no puede evaluarse

T0: No hay indicios de tumor primario

T1: Tumor de ≤ 7 cm en su mayor dimensión, limitado al riñón

T1a: Tumor de ≤ 4 cm en su mayor dimensión, limitado al riñón

T1b: Tumor de >4 cm pero ≤ 7 cm en su mayor dimensión, limitado al riñón

T2: Tumor >7 cm en su mayor dimensión, limitado al riñón

T3: El tumor se extiende a las venas principales o invade la glándula suprarrenal o los tejidos perinéfricos, pero no más allá de la fascia de Gerota

T3a: El tumor invade directamente la glándula suprarrenal o la grasa perineal o la de los senos renales pero no más allá de la fascia de Gerota

T3b: El tumor se extiende macroscópicamente a la vena renal, o sus ramas segmentales (como las que contienen músculos) o la vena cava debajo del diafragma

T3c: El tumor se extiende macroscópicamente a la vena cava arriba del diafragma o invade la pared de la vena cava

T4: El tumor invade más allá de la fascia de Gerota

Ganglios linfáticos regionales (N)*

NX: Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados

N0: No hay metástasis a ganglio linfático regional

N1: Metástasis a un solo ganglio linfático regional

N2: Metástasis a más de un ganglio linfático regional

* La lateralidad no afecta la clasificación N.

Nota: Si se lleva a cabo una disección de ganglios linfáticos, entonces la evaluación patológica ordinariamente incluirá al menos ocho ganglios.

Metástasis a distancia (M)

MX: La presencia de metástasis a distancia no puede ser evaluada

M0: No hay metástasis a distancia

Agrupación por estadios del AJCC

Estadio I

T1, N0, M0

Estadio II

T2, N0, M0

Estadio III

T1, N1, M0

T2, N1, M0

T3, N0, M0

T3, N1, M0

T3a, N0, M0

T3a, N1, M0

T3b, N0, M0

T3b, N1, M0

T3c, N0, M0

T3c, N1, M0

Estadio IV

T4, N0, M0

T4, N1, M0

Cualquier T, N2, M0

Cualquier T, cualquier N, M1