

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA LARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

RADIOTERAPIA A PACIENTES CON ADENOCARCINOMA RENAL

Por:

Dra. Lissi Lisbet Rodríguez Rodríguez¹ y Dr. Sergio Marcelino Santana Rodríguez²

1. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. UCM-VC. e-mail: carlosco@ucm.vcl.sld.cu
2. Especialista de II Grado en Oncología. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

CARCINOMA DE CELULAS
RENALES/radioterapia
FACTORES DE RIESGO

Subject headings:

CARCINOMA, RENAL CELL/ radiotherapy
RISK FACTORS

El carcinoma renal más frecuente es el carcinoma de células renales, también llamado hipernefroma; le siguen los tumores uroteliales de la pelvis y los cálices renales¹. Los carcinomas de células renales constituyen del 1 % al 3 % de todos los cánceres viscerales y el 85 % de los tumores malignos renales en el adulto. Cada año se diagnostican 30 000 casos nuevos y se producen 12 000 muertes a nivel mundial. Actualmente, se sabe que todos estos tumores proceden del epitelio de los túbulos renales y, por tanto, son denominados adenocarcinomas². La mayoría son esporádicos, pero hay formas raras de cánceres familiares que se transmiten de forma autosómica dominante y se presentan, sobre todo, en personas jóvenes; el más frecuente es el síndrome de Von Hippel Lindau. Los tres signos clásicos descritos por Guyon, de valor para su diagnóstico, son el dolor lumbar o costovertebral, la masa palpable y la hematuria, pero estos se observan en el 10 % de los pacientes, y cuando aparecen, el pronóstico es desfavorable. El más fidedigno es la hematuria, que suele ser microscópica e intermitente, por lo que el tumor puede permanecer asintomático hasta alcanzar un gran tamaño, que es cuando produce síntomas generales. Por esta tendencia, se le considera como uno de los grandes “simuladores” de la medicina³. Una de sus características más frecuentes es la de desarrollar metástasis amplia antes de producir síntomas u otros signos locales, que ocurren, en su mayoría, por vía sanguínea, y puede afectar el hígado, el riñón contralateral, el pulmón, los huesos largos, el cerebro, las suprarrenales y los ganglios linfáticos. Los síndromes paraneoplásicos pueden preceder a la aparición del tumor, manifestarse durante su evolución o después del tratamiento definitivo, aunque esta última posibilidad es muy raro que se presente. Se analizaron, además del comportamiento clínico e histológico, los factores de riesgo de los tumores renales malignos estudiados, y el resultado de la aplicación del tratamiento radiante posquirúrgico en los pacientes con esta enfermedad.

Se realizó un estudio analítico descriptivo de 64 pacientes operados de carcinoma renal, atendidos en el Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”, en el servicio de Radioterapia, entre enero de 1999 y diciembre del 2005, mediante la revisión de sus historias clínicas. En cuanto a los síntomas y signos recogidos, se registraron como los más frecuentes: la hematuria, el dolor lumbar,

la masa palpable, la hipertensión arterial (HTA), los síntomas obstructivos bajos, manifestaciones generales, la insuficiencia cardíaca, los trastornos digestivos, la sepsis urinaria y algunas manifestaciones cutáneas.

Las variedades terapéuticas utilizadas fueron la cirugía, la inmunoterapia, la quimioterapia y la radioterapia. El tipo histológico se dividió entre los carcinomas de células renales, los de células claras, los de células granulares y los de células mixtas. En cuanto al estadio, se utilizó la clasificación de Robson, que se basa en el sistema por etapas y lo define de la siguiente manera: etapa I: el tumor está limitado al riñón; etapa II: el tumor afecta el tejido adiposo perinefrítico, pero sin sobrepasar la fascia de Gerota; etapa III: ocurre una diseminación local renal a vena renal o vena cava y ganglios linfáticos, y etapa IV: cuando la enfermedad está avanzada. Esta información fue incorporada a una base de datos, lo que permitió obtener las distribuciones de frecuencia de las diferentes variables.

En el estudio se encontró que el grupo de pacientes (16) en el que se presenta esta enfermedad de manera más frecuente tienen entre 51 y 60 años de edad y constituyen un 25,3 %. En la literatura consultada se señala la quinta y la sexta décadas de la vida como las más afectadas, lo que concuerda con nuestros resultados. Oliech, en su estudio sobre el carcinoma de células renales, encontró que la edad más frecuente fue de 40 a 50 años³. Otros autores obtuvieron resultados similares^{2,3}. La incidencia, según el sexo, se comportó como sigue: 40 pacientes (62,5 %) correspondieron al sexo masculino y 24 (37,5 %) al femenino. Chow encontró que los hombres eran más afectados que las mujeres en una relación de 2:1². Yip y colaboradores, en un estudio de 27 pacientes, a los que se les realizó nefrectomía parcial, encontraron que 19 eran masculinos y solo ocho femeninos⁴.

Analizando la información referente a los factores de riesgo, no observamos diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: la obesidad, la HTA y el hábito de fumar.

En la bibliografía consultada, se señala al lado derecho como el más afectado. Shinojima, en su experiencia con 19 pacientes, encontró que el sitio de la lesión más frecuente fue el derecho, en 12 pacientes, y solo siete en el lado izquierdo⁵.

Los resultados anteriores no coinciden con los nuestros; creemos que esto se debe al tamaño de nuestra serie que pudiera igualar ambos lados o, tal vez, semejar los resultados internacionales. Llama la atención, en nuestro estudio, en gran porcentaje de pacientes que se presentaron con síntomas y signos extraurrológicos, y es de destacar un gran número de enfermos que fueron diagnosticados de forma accidental mientras se encontraban en estudio o con tratamiento para otras enfermedades. Yip⁴ plantea en su trabajo que el carcinoma de células renales es uno de los grandes simuladores de la medicina clínica. En su estudio, solo un 20 % de los enfermos presentó la tríada clásica, y describe a varios pacientes con manifestaciones gastrointestinales. González⁶ también halló que los signos y síntomas de la tríada clásica de los carcinomas renales se presentaron en los pacientes con una menor frecuencia, en comparación con los que sufrieron síntomas y signos inespecíficos.

Otros autores obtuvieron resultados similares⁷; González, en su experiencia de 231 pacientes con carcinoma de células renales, obtuvo que el 58,8 % no presentó síntomas ni signos clínicos de la enfermedad, y su diagnóstico fue accidental⁶.

Al valorar los estudios complementarios generales, se encontró que los síndromes paraneoplásicos de mayor relevancia en el estudio fueron la HTA, la policitemia, la eosinofilia y el síndrome de Cushing, con resultados de complementarios, como hemoglobina, creatinina, parcial de orina y rayos X de tórax. De los pacientes diagnosticados con tumores de células renales, 21 de ellos (32,8 %) presentaron parcial de orina positivo, dado fundamentalmente por la presencia de hematíes en la orina. Se observaron cifras bajas de hemoglobina en 13 pacientes (20,3 %) del total de 64 pacientes estudiados; esta se altera poco, ya que generalmente la anemia se presenta en la enfermedad avanzada. En cuanto a la creatinina, solo cuatro pacientes (6,3 %) tenían cifras elevadas; el resto estaba normal.

Habitualmente, la función renal total no se deteriora, ya que aún el riñón afectado retiene cierta función y el cáncer bilateral es raro. Dos de nuestros pacientes (3,1%) presentaron lesiones únicas metastásicas en la radiografía de tórax, que fueron tratadas después de realizada la intervención quirúrgica. El parcial de orina resultó altamente significativo, y fue el complementario general que más positividad alcanzó.

Al valorar el estadio quirúrgico, el mayor porcentaje de pacientes se encontraba en el estadio II: 27 pacientes (42,2 %), y en el estadio I, 22 pacientes (34,4 %). Menos representados estuvieron los otros, ya que en el estadio III clasificaron 12 pacientes (18,7 %) y tres en el estadio IV (4,7 %).

Este dato es de mucha importancia para el pronóstico, pues según el estadio en que se encuentra el carcinoma se estima la supervivencia.

La mayoría de los pacientes estudiados por Kidney⁷ estaban clasificados en los estadios I y II, lo que coincide con nuestro trabajo. Al analizar el tipo histológico de los carcinomas de células renales, 49 pacientes (76,5 %) fueron clasificados como carcinoma renal de células claras, 4 pacientes (6,3 %) como carcinoma de células granulares y 11 (17,2 %) como carcinoma de células mixtas.

En cuanto al aspecto macroscópico, se acostumbra a clasificar los carcinomas renales en diversos tipos histológicos: papilar, granular, tubular o indiferenciado, según el grado de vacuolización de las células y su disposición.

Algunos investigadores han encontrado que los tumores de células granulares presentan peor pronóstico que los de células claras^{6,7}.

Oliech, en su estudio, al analizar el tipo histológico, encontró que el 89,7 % de sus pacientes fueron clasificados como carcinomas de células claras³. Otros autores obtuvieron resultados similares, lo que coincide con nuestra investigación^{8,9}.

En cuanto al tratamiento de radiación, es importante señalar que su aplicación se realizó en un intervalo de tiempo promedio de cuatro semanas, después de la intervención quirúrgica, sin que se presentaran en los pacientes complicaciones importantes derivadas del tratamiento. Al aplicar la curva de supervivencia global en los pacientes tratados, se encontró una media de 23 meses para todos los estadios. Esto coincide con la bibliografía consultada, que señala una supervivencia de dos años como promedio para todos los estadios¹⁰.

Referencias bibliográficas

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2006. Atlanta: American Cancer Society; 2006.
2. Smith General Urology. Urothelial: Cancers of the bladder, ureter, pelvis renal. 16th ed. 2004. p. 324-45.
3. Oliech L, Graniel L. Cancer of the bladder. Five –year results. Urol An . 2006;6:3-7.
4. Yip P, Bundy BN, Rosed EB. Radiotherapy for locally advanced cancer. N Engl J Med. 2007;340(15):1144-53.
5. Shinojima S, Rodríguez P, Ramos G. Manejo del hipernefroma. Rev Urol. 2008;3:27.
6. Cáncer Org [Internet]. New York: American Cancer Society, Inc.; © 2009 [actualizado el 3 de enero de 2006; citado el 12 de febrero de 2006]. Disponible en: <http://www.cancer.org.cancer/riñon.html>
7. Pérez CA, Kavanagh BD. Urological tumors. In: Halperin EG, Pérez CA, Brady LW. Principles and Practice of Radiation oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1598-623.
8. Hatcher PA, Andreson EE, Paulson DF, Carson CC, Robertson JE. Surgical management and prognosis of renal cell carcinoma invading the vena cava. J Urol. 1991 Jan;145(1):20-3.
9. Phillips E, Messing EM. Role of Radiotherapy in the treatment of renal cell carcinoma. Urology. 2007;41(1):9-15.
10. De Kernion JB. Management of renal adenocarcinoma. In: De Kernion JB, Paulson DF, editors. Genitourinary Cancer Management. Philadelphia, Pa: Lea and febiger; 1987. p. 187-217.

Recibido: 12 de noviembre de 2009

Aprobado: 6 de enero de 2010