



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Hernández Sánchez, José Emilio; Gómez Vegas, Angel; Blázquez Izquierdo, Jesús; San José Manso, Luis; Alonso Prieto, Miguel; Pérez Romero, Natalia; Silmi Moyano, Ángel
Cirugía conservadora de cáncer renal en injerto funcionante: A propósito de un caso
Archivos Españoles de Urología, vol. 60, núm. 3, 2007, pp. 295-297
Editorial Iniestares S.A.
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013938012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 3 (295-297), 2007

CIRUGIA CONSERVADORA DE CANCER RENAL EN INJERTO FUNCIONANTE: A PROPOSITO DE UN CASO.

José Emilio Hernández Sánchez, Angel Gómez Vegas, Jesús Blázquez Izquierdo, Luis San José Manso, Miguel Alonso Prieto, Natalia Pérez Romero y Ángel Silmi Moyano.

Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid España.

Resumen.- OBJETIVO: A propósito de un caso de cáncer de células renales (CCR) de aparición de novo en un injerto renal funcionante se presenta la cirugía conservadora del cáncer renal como alternativa terapéutica.

MÉTODOS/RESULTADOS: Se realiza la descripción de un caso de CCR de aparición de novo en un injerto renal funcionante después de un periodo de latencia de 51 meses. Se practicó tumorectomía con margen de parénquima sano y base libre de afectación tumoral. El diagnóstico histopatológico definitivo fue un carcinoma papilar renal tipo I, grado 2 de Fuhrman, estadio I con márgenes sin afectación tumoral. No existieron complicaciones postoperatorias, y no se modificó la inmunosupresión. En el seguimiento a casi tres años no hay evidencia de recidiva tumoral, manteniéndose una adecuada función renal.

CONCLUSIONES: El CCR del injerto renal es poco frecuente. La cirugía conservadora del CCR en pacientes adecuadamente seleccionados puede ser una técnica segura y efectiva cuando éste asienta en un injerto renal funcionante, proporcionando un correcto control oncológico y manteniendo una adecuada función renal, evitando la trasplantectomía y la necesidad de hemodiálisis.

Palabras clave: Cáncer renal. Trasplante renal. Cirugía conservadora.

Summary.- OBJECTIVE: We present nephron sparing renal surgery as a therapeutic option for the conservative treatment of renal cancer by reporting one case of de novo renal cell carcinoma (RCC) presenting in a functioning renal graft.

METHODS/RESULTS: We describe one case of de novo RCC presenting in a functioning renal graft 51 months after transplantation. Tumorectomy was carried out with a margin of normal parenchyma and the base was free of tumor. Definitive pathologic study showed type I papillary renal cell carcinoma, Fuhrman grade 2, pathological stage I with free margins. There were not post operative complications and immunosuppression therapy was not modified. After almost three years of follow-up there is no evidence of tumor recurrence and an adequate renal function.

CONCLUSIONS: Renal graft RCC is rare. Conservative surgery in selected patients may be a safe and effective technique when the tumor appears in a functioning graft, because it offers good oncological control and preserves renal function, avoiding transplant nephrectomy and the need of haemodialysis.

Keywords: Renal cancer. Renal transplantation. Conservative surgery.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células renales (CCR) representa aproximadamente el 4.6 % de los tumores postrasplante. Es más frecuente en el riñón nativo, ocurriendo sólo en el 10 % de los casos en el injerto renal (1, 2, 3). Debido a la mayor experiencia actual con la cirugía conservadora del CCR, parece razonable extrapolar sus indicaciones a los pacientes en que éste aparece en un trasplante renal funcionante.

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años con antecedentes personales de insuficiencia renal terminal de etiología no filiada que recibió un trasplante heterotópico en FID procedente de

Correspondencia

José Emilio Hernández
Francisco del Pino, 23 2ªA
28021 Madrid. (España).
dr_emilio_hernandez@hotmail.com
Trabajo recibido: 15 de agosto 2006

donante cadáver en Enero de 1999. Previamente había precisado hemodiálisis desde 1980 a 1983, y diálisis peritoneal desde entonces hasta el momento del trasplante renal.

No existieron complicaciones postrasplante. Al paciente se le administró triple terapia inmunosupresora con Ciclosporina, Prednisona y Micofenolato, presentando diuresis inmediata con mejoría progresiva de la función renal, siendo la creatininemia al alta de 1,8 mg/dl.

Después de un periodo postrasplante no complicado y asintomático de 51 meses en el que mantuvo una función renal estable (creatininemia: 1,2-1,4 mg/dl) en una ecografía de control se objetivó un nódulo sólido de 1,5 cm vascularizado en el polo inferior del injerto renal (Figura 1). La posterior PAAF ecodirigida reveló que se trataba de un CCR.

En Junio de 2003 mediante reapertura de la incisión de Gibson previa en FID, y tras la liberación del injerto renal de las adherencias circundantes, se identificó una tumoración exofítica bien circunscrita de 1.5 cm en su polo inferior-cara anterior (Figura 2). Se practicó tumorectomía con margen de más de 0,5 cm de parénquima macroscópicamente sano, enviándose intraoperatoriamente muestras de la base que fueron informadas como libres de afectación tumoral (Figura 3). Con fines hemostáticos se realizaron puntos intraparenquimatosos de los vasos sangrantes, y puntos de aproximación de "colchonero" apoyados en Goretex y Surgicel.

El diagnóstico histopatológico definitivo fue un carcinoma papilar renal tipo I, grado 2 de Fuhrman, estadio I de la UICC (pT1a, Nx, Mx) con márgenes de resección y grasa peritumoral sin afectación tumoral.

No existieron complicaciones en el curso postoperatorio de la tumorectomía, y no se modificó la terapia inmunosupresora.



FIGURA 1. Nódulo sólido 1,5 cm en polo inferior del injerto renal.



FIGURA 2. Tumoración exofítica circunscrita polo inferior-cara anterior del injerto renal.

En el seguimiento a casi tres años, realizado con periodicidad inicialmente trimestral y posteriormente semestral, mediante estudio de la función renal y ecografía o RM no hay evidencia de recidiva tumoral a día de hoy, manteniéndose una adecuada función renal con creatininemia de 1,18 mg/dl, y aclaramiento de creatinina de 115,5 ml/min sin proteinuria.

DISCUSIÓN

El CCR ocurre con mayor frecuencia en trasplantados renales que en el resto de la población, posiblemente debido a la inmunosupresión entre otros factores. Predomina la afectación del riñón nativo sobre la del injerto renal (1, 2). El periodo de latencia es variable, desde 1 a 258 meses postrasplante (media de 56 meses), según las diferentes series (4, 5).

El análisis de DNA puede ser útil para determinar si se trata de un CCR de aparición de novo en el injerto renal, o bien ya se encontraba oculto en el órgano en el momento de la extracción, siendo transferido accidentalmente al receptor durante el trasplante (6). Teniendo en cuenta que la tasa de crecimiento de los CCR en los riñones nativos de los pacientes trasplantados es de 0.5 cm/año, el intervalo de tiempo desde el implante puede ser también útil en este sentido (5, 7).

En el seguimiento de estos pacientes cualquier imagen radiológica sospechosa de patología tumoral en el injerto renal debería promover a una exploración quirúrgica, o bien una biopsia guiada por ECO o TAC. No obstante, el papel de la PAAF es controvertido, siendo considerada por algunos autores como peligrosa y poco informativa (4).

La ecografía está comúnmente aceptada como el primer escalón diagnóstico, y es así mismo la técnica de elección en el seguimiento de estos pacientes (4). Se reserva la TAC para aquellos casos en que existan du-



FIGURA 3. Tumorectomía con margen de parénquima sano.

das con los hallazgos ecográficos (8). En comparación con la TAC, la RM es menos sensible (sólo 60 %) en la detección de masas sólidas menores de 3 cm, pero más específica (98 %) en la valoración de afectación de órganos vecinos (9).

Históricamente, el tratamiento del CCR del injerto es la trasplantectomía, con la subsiguiente necesidad de hemodiálisis. Aunque existen pocos casos en la literatura y la experiencia es limitada, la cirugía conservadora del CCR del injerto funcionante, que debe seguir los mismos principios que en el riñón nativo, se presenta como una alternativa terapéutica segura y efectiva si el tamaño, localización, estadiaje y aporte vascular tumorales son favorables. Esta opción parece proporcionar un adecuado control oncológico, preservando la función renal, evitando la trasplantectomía, la reentrada en el programa de hemodiálisis o la modificación en el protocolo de inmunosupresión (4, 6, 10-13).

Se ha sugerido que más que el tamaño, es la localización periférica tumoral el factor más determinante a la hora de plantear esta opción quirúrgica (4).

CONCLUSIONES

El CCR del injerto renal es poco frecuente. La cirugía conservadora del CCR en pacientes adecuadamente seleccionados puede ser una técnica segura y efectiva cuando éste asienta en un injerto renal funcionante, proporcionando un correcto control oncológico y manteniendo una adecuada función renal, evitando la trasplantectomía y la necesidad de hemodiálisis.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. PENN, I.: "Occurrence of cancers in immunosuppressed organ transplant recipients". Clin. Transplant, 12: 147, 1998.
2. PENN, I.: "Primary kidney tumors before and after transplantation". Transplantation, 59: 480, 1995.
3. LUTZ, J.; HEEMANN, U.: "Tumors after kidney transplantation". Curr. Opin. Urol., 13: 105, 2003.
- *4. MOUDOUNI, S.M.; TLIGUI, M.; DOUBLET, J.D. y cols.: "Nephron-sparing surgery for de novo renal cell carcinoma in allograft kidneys". Transplantation, 80: 865, 2005.
- *5. LAMB, G.W.; BAXTER, G.M.; RODGER, R.S. y cols.: "Partial nephrectomy used to treat renal cell carcinoma arising in a live donor transplant kidney". Urol. Res., 32: 89, 2004.
6. PARK, K.I.; INOUE, H.; KIM, C.J. y cols.: "Nephron sparing surgery for de novo renal cell carcinoma in an allograft kidney: a case report". Int. J. Urol., 4: 611, 1997.
7. HEINZ-PEERE, G.; SCHODER, M.; RAUD, T. y cols.: "Prevalence of acquired cystic kidney disease and tumors in native kidneys of renal transplant recipients: a prospective US study". Radiology, 195: 667, 1995.
8. SCHREYER, H.H.; UGGOWITZER, M.M.; RUPPERT-KOHLMAYR, A. y cols.: "Helicoidal CT of the urinary organs". Eur. Radiol., 12: 575, 2002.
9. PRETORIUS, E.S.; SIEGELMAN, E.S.; RAMCHANDANI, P. y cols.: "Renal neoplasm amenable to partial nephrectomy: MR imaging". Radiology, 212: 28, 1999.
10. SIEBELS, M.; THEODORAKIS, J.; LIEDL, B. y cols.: "Large de novo renal cell carcinoma in a 10-year-old transplanted kidney: successful organ preserving therapy". Transplantation, 69: 677, 2000.
11. KIM, J.Y.; RUCKLE, H.C.; RAMIN, S.A.: "Partial nephrectomy for renal cell carcinoma in a allograft kidney 15 years after transplantation". J. Urol., 165: 1205, 2001.
12. DE SIMONE, P.; ANTONACCI, V.; ROSA, F. y cols.: "Nephron sparing surgery for de novo renal cell carcinoma in a 19-year-old transplanted kidney". Transplantation, 77: 478, 2004.
13. MINDRUP, S.; RAYHILLI, S.; FALLON, B.: "Renal cell carcinoma in transplanted kidney". J. Urol., 165: 1990, 2001.