



La mortalidad en este tipo de patología es elevada, aproximadamente el 50% de los casos diagnosticados

Cirugía conservadora del cáncer renal

El cáncer de riñón supone el 2% de las neoplasias malignas primarias del adulto. La incidencia varía de unos países a otros, entre 1 y 20 casos por 100.000 habitantes año.

*Luis Calahorra Fernández,
Servicio de Urología del C.H. de Ciudad Real*

En España esta incidencia del cáncer de riñón es menor siendo de $5,3 \times 10^5$ habitantes año para los varones y de $1,9 \times 10^5$ habitantes año para las mujeres. La mortalidad es elevada, aproximadamente el 50% de los casos diagnosticados.

En los últimos cinco años se ha objetivado una mejora de la supervivencia debido al diagnóstico precoz y a la mejora de la técnica quirúrgica, ya que los tratamientos sistémicos son poco efectivos en estas neoplasias.

Desde su descripción por Robson en 1963 la nefrectomía radical ha sido el tratamiento de elección en el carcinoma renal. Esta técnica implicaba un abordaje precoz del pedículo renal (generalmente por vía anterior), la exéresis del riñón por fuera de la fascia de Gerota, la suprarrenalectomía ipsilateral y la linfadenectomía regional. En la actualidad solo hay evidencia de que la exéresis del riñón por fuera de la fascia de Gerota sea favorable desde el punto de vista oncológico. La suprarrenalectomía se reserva para tumores del polo superior o tumores muy grandes. La linfadenectomía tiene valor en cuanto al estadije.

Al contrario que en otros órganos la cirugía conservadora de los tumores renales se ha desarrollado tardíamente. La primera cirugía conservadora por tumor renal fue llevada a cabo por Czerny en 1887 pero la técnica fue abandonada por su gran morbilidad con alta incidencia de complicaciones (hemorragia, fistulas). La primera publicación sobre cirugía conservadora en Estados Unidos fue realizada por Vermooten en 1950 sugiriendo que las neoplasias renales periféricas encapsuladas pueden ser escindidas localmente proponiendo técnicas e indicaciones para la cirugía conservadora.

La cirugía radical no siempre se podía realizar sin tener en cuenta los programas de diálisis y trasplante en los casos de riñón único, insuficiencia renal o tumores bilaterales. Por este motivo se empezó a hacer la cirugía conservadora con indicación imperativa publicándose en Europa las primeras series por Carini en 1981 y por Bazzed en 1986.

Con la difusión de las técnicas de diagnóstico por imagen (ecografía y TAC) cada vez se diagnostican de forma incidental tumores más pequeños, de estadio „más bajo y por tanto de mejor pronóstico. Esto sumado a los buenos resultados obtenidos en los primeros casos ha hecho que la indicación se haya extendido a pacientes con riñón contralateral normal o afecto por una afección benigna que pueda comprometer en el futuro la función renal (Hipertensión, diabetes, litiasis, etc.).

Recientemente se están desarrollando técnicas mínimamente invasivas de cirugía conservadora para los tumores renales.

Recientemente se están desarrollando técnicas mínimamente invasivas de cirugía conservadora para los tumores renales.

Indicaciones

Las indicaciones de cirugía conservadora de los tumores renales se pueden sistematizar en tres grupos:

Obligatorias o imperativas: la nefrectomía radical dejaría al paciente anéfrico con necesidad de diálisis o trasplante. Tumor bilateral sin

crónico, tumor en riñón único anatómico o funcional e insuficiencia renal (Creatinina sérica mayor de 2,5 mg./dL).

Relativas: riñón contralateral afecto por enfermedades sistémicas o específicas que pudieran comprometer su función, o predispongan al desarrollo de tumores: Litiasis, neuropatía diabética, nefropatía hipertensiva, fibrodisplasia de la arteria renal, pielonefritis crónica, reflujo vesicoureteral, estenosis de la arteria renal, enfermedades autoinmunes, nefrosclerosis, patología quística (Riñón. poliquístico), hiperuricemia, hidronefrosis, patología malformativa (Riñón en herradura), insuficiencia renal crónica (Creatinina entre 1,5 y 2,5 mg./dL), Enfermedad de. von Hippel Lindau etc.

Electiva: riñón contralateral normal y tumores localizados, menores de 4 centímetros, únicos. También está indicada en quistes indeterminados (que ofrezcan dudas diagnósticas). El inconveniente de la indicación electiva es la posibilidad de recidiva local por resección incompleta o por la multicentricidad. La cirugía conservadora es técnicamente más difícil que la cirugía radical. Actualmente la cirugía radical sigue siendo el tratamiento de elección en los pacientes con tumores renales y riñón contralateral normal.

Evaluación de los pacientes

La evaluación de los pacientes no difiere mucho de la necesaria para la realización de la cirugía radical. Además de las pruebas de diagnóstico por imagen: como ecografía y TAC abdominal y del