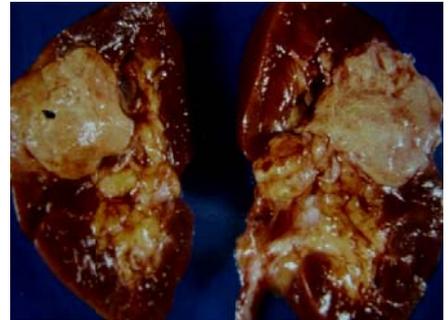


CANCER RENAL

DR ALFONSO DE SILVA GUTIERREZ

EPIDEMIOLOGIA:

El carcinoma de células claras representa el 85 % de los tumores renales primarios, correspondiendo al carcinoma de células transicionales o de cavidades renales el 10% en tanto que otros tumores como el epidermoide, tumor de Wilms o sarcomas alcanzan el 5% de las neoplasias que afectan este órgano.



La incidencia va del 1 al 3% en la población adulta y las edades mas frecuentes de su presentación es entre los 50 y 70 años, con una relación 2:1 Hombre:Mujer. Dichos tumores generalmente se presentan como entidad aislada aunque pudieran presentarse como parte de alguna enfermedad sistémica como la enfermedad de Von-Hippel Lidau o la Esclerosis tuberosa.

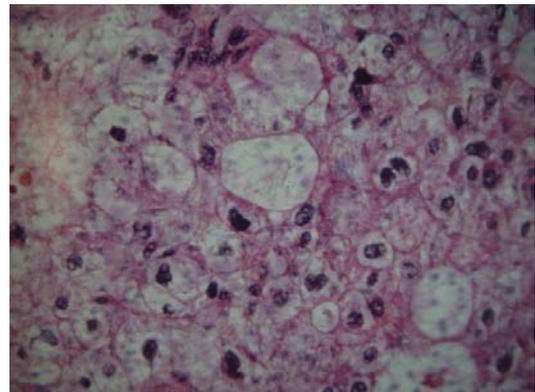
ETIOLOGIA:

Son numerosos los factores de riesgo que han sido mencionados en el desarrollo de los tumores renales, sin embargo su asociación con el carcinoma de células claras solo ha sido reportada en animales sin que hasta el momento tengamos identificado algún agente etiológico en la génesis de la enfermedad en el hombre. Existe información en relación a la aparición de éstos tumores en diversos grupos familiares lo que podría sugerir alguna influencia genética-hereditaria.

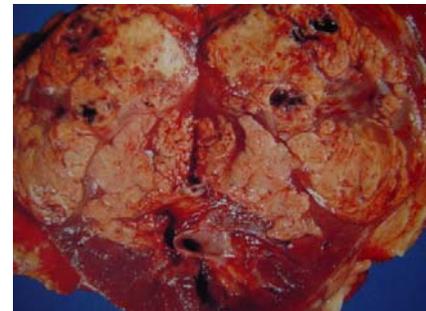
- Factores de posible riesgo:
 1. Tabaquismo
 2. Diálisis Peritoneal
 3. Exposición al cadmio
 4. Dieta rica en grasas animales
 5. Enfermedad de Von- Hippel Lindau
 - 6.

HISTOPATOGÉNESIS, CITOGENETICA Y PATOLOGIA:

El carcinoma de células claras (Ca R) se origina en el epitelio del túbulo contorneado proximal, existiendo delecciones o transformaciones en el brazo corto del cromosoma 3 por falta de un gen supresor a dicho nivel así como por la activación de proto-oncogenes.



Son tumores redondos con una pseudocápsula formada por parénquima comprimido y tejido fibroso, pudiendo llegar a ser grandes masas que ocupen la totalidad del abdomen



Su coloración es amarillo pardusca y pueden presentar calcificaciones, zonas de hemorragia y de necrosis en su interior. Generalmente unilaterales y solo en el 2% de los casos se manifiestan en forma bilateral sincrónicos o asincrónicos. Su diseminación se presenta por infiltración local extracapsular, por vía hematógica y linfática siendo los órganos mas frecuentemente afectados el pulmón, hígado huesos y cerebro.

- Variables Histológicas mas frecuentes:
- Celulas claras
- Papilar
- Células granulares o cromofobo
- Carcinoma de los conductor colectores

GRADOS DE DIFERENCIACION :

Grados de Furmman, se basa en la arquitectura celular del tumor y esto no habla de la diferenciación de la neoplasia lo cual es fundamental para el pronóstico de la misma.

CUADRO CLINICO:

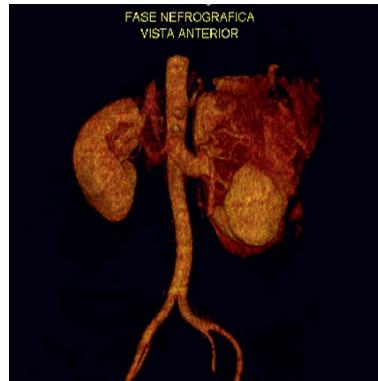
Lo determina el grado de afectación que causa el tumor a nivel local y en su extensión extrarrenal. Fue descrita una “Triada Clasica” en el cuadro clínico de esta neoplasia consistente en la presencia de masa palpable dolor en flanco y hematuria, sin embargo, esta solo se presenta en el 10 a 20 % de los casos.

El 35% de los casos presentarán enfermedad avanzada al momento del diagnóstico pudiendo agregarse la presencia de fracturas patológicas, convulsiones y hemoptisis

La presencia de síndrome paraneoplasticos pueden ser frecuentes como manifestación de enfermedad sistémica

- **Datos Clínicos: porcentaje de presentación**

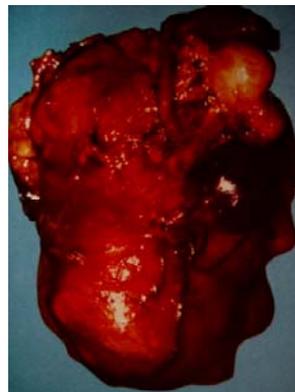
1. HEMATURIA	60%
2. DOLOR	40%
3. MASA PALPABLE	25%
4. PERDIDA DE PESO	25%
5. TRIADA CLASICA	10 A 20%



La tele de tórax o la TC torácica son estudios que debemos realizar para una adecuada estadificación así como un Gamagrama Oseo con Tc 99. La arteriografía Renal tiene su utilidad



Arteriografía Renal



Nefrectomía Radical



Pieza Quirúrgica

ESTADIFICACION:

ROBSON:

Etapa clínica:

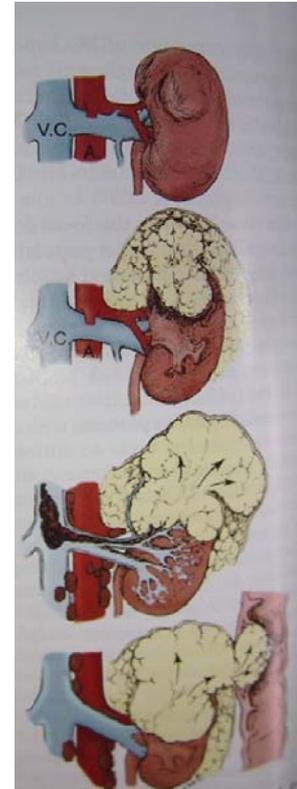
ETAPA I: Tumor confinado al riñón sin infiltración extracapsular

ETAPA II: Tumor que infiltra extracapsular pero sin salir de la Gerota

ETAPA IIIa: Tumor que invade ganglios linfáticos perirenales y del ilio renal.

ETAPA IIIb: Tumor que infiltra la vena renal o la vena cava

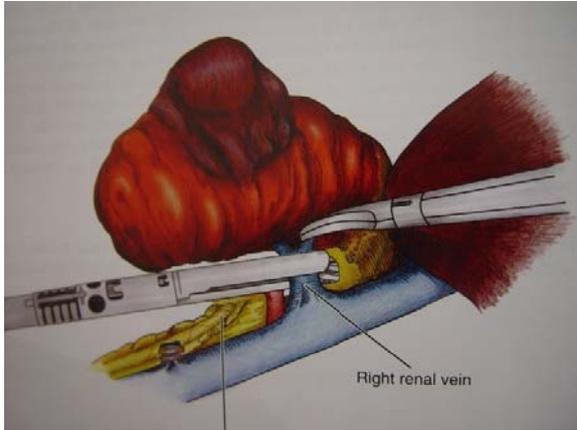
ETAPA IV: Tumor infiltra órganos vecinos con excepción de suprarrenal o metástasis a distancia.



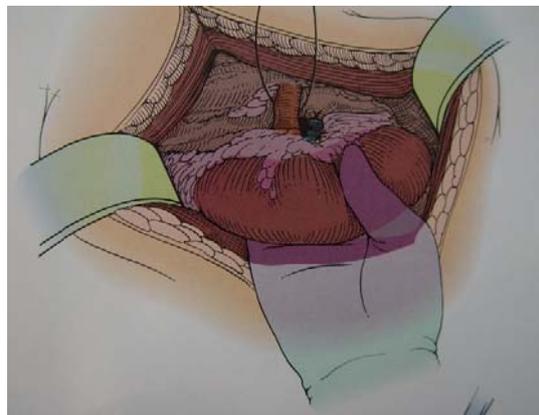
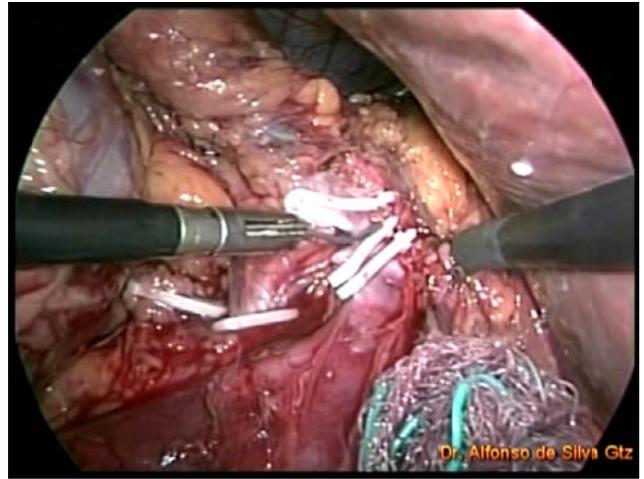
TRATAMIENTO:

El único tratamiento que ha demostrado lograr la curación en el CaR es la nefrectomía radical ya sea por técnica abierta o laparoscópica. La quimioterapia, la radioterapia y la inmunoterapia a base de interferón o interleucinas no han mostrado ser realmente de utilidad ya que su uso paliativo no ha logrado porcentajes arriba del 30% en mejorar la sobrevivencia a 1 año.

De tal suerte que el éxito del tratamiento se basa en la oportunidad de detectar en forma temprana estos tumores para ofrecer la cirugía radical.



Nefrectomía Radical Laparoscópica



Nefrectomía Radical a cielo abierto



FLUJOGRAMA DEL MANEJO DEL CANCER RENAL:

