

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE PELVIS RENAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL ESSALUD "GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN". LIMA - PERÚ. ESTUDIO RETROSPECTIVO Y DESCRIPTIVO 1999-2005

EPIDEMIOLOGY OF THE RENAL PELVIS CANCER IN PATIENTS OF THE "GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN" GENERAL HOSPITAL LIMA - PERÚ. RETROSPECTIVE AND DESCRIPTIVE STUDY 1999-2005

GILMER A. DÍAZ P.

RESUMEN

El cáncer de vía urinaria alta (pelvis renal y/o uréter) es una neoplasia rara. Generalmente es del tipo células de transición. El objetivo de este trabajo es conocer los aspectos epidemiológicos, clínicos y de manejo de los pacientes institucionales con esta patología que han consultado en el Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" en Lima - Perú. Se revisaron retrospectivamente los ingresos al Servicio de Urología entre los años 1999 al 2005. Se recuperaron 26 ingresos con este diagnóstico. Se analizan sexo, edad, antecedentes clínicos, síntomas, exámenes de laboratorio, tipo histológico, tratamientos, complicaciones y seguimiento. Las edades fluctuaron entre los 47 y 82 años (promedio de 64,8 años). El 53,8% fueron mujeres. El tabaquismo lamentablemente no se consigna en los ingresos. La hematuria fue el principal síntoma. El 100% presentaba hematuria en el examen de orina. El 19,2% estaban con metástasis al momento del diagnóstico. Casi todos los pacientes tuvieron manejo quirúrgico clásico de forma convencional o laparoscópica. El 100% tenían carcinoma de células transicionales. Las complicaciones perioperatorias fueron mínimas. No se registra mortalidad operatoria. Esta patología es un cáncer poco frecuente, que debe sospecharse ante toda hematuria, que es el principal motivo de consulta. Idealmente el diagnóstico debe ser precoz. Su manejo debe ser esencialmente quirúrgico.

ABSTRACT

Introduction: Upper urinary tract tumors are infrequent. However when present, they are usually related to transitional cell carcinoma. The purpose of this study was to analyze epidemiologic, clinic and therapeutic aspects of this disease in the Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" in Lima - Perú.

Material and Methods: A Retrospective review of all our admissions between 1999 and 2005 was performed. A total of 26 patients were admitted with this diagnosis. Gender, age, clinical findings, pathology, treatment and follow-up are analyzed.

Results: Mean age was 64,8 years (47-82 years), 53,8% were women. Tobacco consumption did not appear in the admission data. The chief complaint was hematuria and 100% had microscopic hematuria in the lab tests. Almost all the patients underwent

surgery (mainly nephroureterectomy with partial cystectomy). All cases had transitional cell cancer. There were minimal complications and no surgical mortality.

Conclusions: Carcinoma of the upper urinary tract is infrequent, must be suspected in the event of hematuria. Ideally diagnosis should be preoperative with histological confirmation. Most of the cases are transitional cell cancer, and management must be essentially surgical.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células de transición de la pelvis renal, representa sólo el 7% de todos los tumores renales, y el cáncer de células de transición del uréter, representa sólo uno de cada 25 tumores del tracto superior. Estos carcinomas son curables en más del 90% de los pacientes si son superficiales y se limitan a la pelvis renal o uréter. Los pacientes con tumores profundamente invasores que se limitan a la pelvis renal o uréter tienen una probabilidad de curación del 10% a 15%. Los pacientes con tumores con penetración a través de la pared urotelial o metástasis distantes generalmente no son curables con las formas de tratamiento disponibles en la actualidad. El factor pronóstico de mayor importancia al momento de diagnosticar el cáncer de células de transición del tracto superior es la profundidad de infiltración en, o a través de la pared urotelial. Sin embargo, aun cuando la ureteroscopia y la pieloscopia se ejecuten con éxito, es difícil hacer una evaluación precisa de la profundidad invasora. En consecuencia, se recomienda efectuar una escisión total del uréter con un manguito de la vejiga, pelvis renal y riñón con el propósito de proporcionar la mejor posibilidad curativa.

La mayoría de tumores superficiales tienden a ser bien diferenciados, y los tumores que son infiltrantes tienden a ser precariamente diferenciados. La incidencia de los cánceres contralaterales del tracto superior sincrónicos o metacrónicos oscila entre 2% a 4%; la incidencia de cáncer de la vejiga después de la presencia de cáncer de células de transición en el tracto superior oscila entre 30% y 50%¹. Cuando la complicación del tracto superior es difusa (complicando tanto la pelvis renal como el uréter), la probabilidad del desarrollo posterior de cáncer de la vejiga aumenta a 75%. La ploidía de ADN no ha contribuido información pronóstica importante además de la información ya proporcionada por la etapa y el grado².

El objetivo de este estudio es presentar las características de nuestros pacientes, las característi-

cas de las cirugías en ellos realizadas y las características patológicas de sus lesiones tumorales, de tal manera que permita tener pautas claras de diagnóstico y tratamiento, además de información patológica con fines pronósticos que nos ayude a tomar decisiones en el manejo oncológico de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ubicaron las historias de los pacientes con cáncer de pelvis renal diagnosticado desde el año 1999 hasta el año 2005 en nuestro hospital.

Las variables que fueron consideradas en la base de datos son: edad, sexo, síntoma referido, enfermedad médica asociada, enfermedad o condición renal previa, presencia de síndrome paraneoplásico, estudios hematológicos y bioquímicos básicos, cirugía indicada, sangrado intraoperatorio, estudio patológico de la pieza operatoria en donde se evaluarán el tipo de neoplasia, su extensión, el estado de los ganglios y de la glándula adrenal, además se evaluará el estado de la enfermedad del paciente al momento de la última consulta.

Se realizaron evaluaciones estadísticas de acuerdo a los datos recopilados y de acuerdo a las variables estudiadas, con el test de chi cuadrado, t-student y modelo logístico basados en parámetros de significancia del análisis univariado ($p < 0,05$).

RESULTADOS

El total de historias clínicas revisadas y procesadas fue de 26 y sus datos epidemiológicos se presentan en las Figuras 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

DISCUSIÓN

El cáncer de pelvis renal representa menos del 1% de los tumores genitourinarias y el 7% de los renales³.

Tabla 1. Características de los pacientes

Característica	Frecuencia
Edad (años)	64,8±9,6 (47-82)
Sexo	
Masculino	12 (46,2%)
Femenino	14 (53,8%)
Síntomas	
Dolor	6 (23,1%)
Hematuria	26 (100%)
Baja de peso	2 (7,7%)
Enfermedad médica asociada	
Hipertensión arterial	14 (53,8%)
Tuberculosis	1 (3,8%)
Diabetes mellitas	1 (3,8%)
Ninguna	10 (38,6%)
Enfermedad renal asociada	
IRCT	1 (3,8%)
Ninguna	25 (96,2%)
Hemoglobina	12,17±0,75
Urea	6±0,63
Creatinina	109,1±43,6

Tabla 2. Características patológicas y estadiaje

Característica	Frecuencia
Patología (cct)	26 (100%)
G1 4 (15,4%)	
G2 5 (19,2%)	
G3 17 (65,4%)	
Tamaño (centímetros)	5,22±3,43 (1-15)
Glándula adrenal	
Ausente	23 (88,5%)
Presente	3 (11,5%)
Negativo	2
Hemorragia medular	1
Estadío clínico	
I	16 (61,6%)
II	1 (3,8%)
III	4 (15,4%)
IV	5 (19,2%)

La edad de presentación promedio es similar a la descrita en la literatura, sin embargo, existen casos de presentación a edad más precoz^{3,4}. La relación de frecuencia entre sexos se mantiene similar^{3,4}. La Dia-

betes mellitus, dada su alta prevalencia, es la comorbilidad más importante descrita⁴, sin embargo, en nuestra serie la comorbilidad médica más frecuente es la hipertensión arterial dada básicamente por la

Tabla 3. Tratamiento quirúrgico

Tipo de tratamiento	Frecuencia
Convencional	15 (57,7%)
Izquierdo	7
Derecho	8
Laparoscópico (mano asistida)	9 (34,6%)
Izquierdo	5
Derecho	4
Biopsia tumoral percutánea	2 (7,7%)

Tabla 4. Comparación entre cirugía convencional y laparoscópica (mano asistida)

Característica	Cirugía convencional	Cirugía laparoscópica	p
Tiempo operatorio (horas)	3,25±0,5 (2,25-4,5)	2,5±0,6 (2-4,25)	0,16
Sangrado (cc)	436,7±216,7 (150-800)	317,8±247,2 (80-600)	0,23
Hospitalización (días)	8,9±2,8 (6-17)	9,9±3 (7-15)	0,41

Tabla 5. Recurrencia vesical según estadio.

Estadio clínico	Recurrencia	
	Superficial	Infiltrante
I	6	3
II	-	-
III	1	-
IV	-	-
Tiempo de recurrencia (meses)	11,4±9,5 (3-24)	

Tabla 6. Estado de la enfermedad en el último control

Estadio clínico	Enfermedad controlada	Progresión de enfermedad	Perdido de vista
I	12 (75%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)
II	1 (100%)	-	-
III	2 (50%)	2 (50%)	-
IV	1 (20%)	4 (80%)	-

edad de nuestros pacientes. Lamentablemente, el tabaquismo no se consigna en la mayoría de los ingresos, siendo que es un factor etiológico claramente asociado⁵⁻⁸. La forma de presentación más habitual es la hematuria, similar a lo descrito en otras series⁵⁻⁸. Es de notar que el dolor fue un motivo de consulta en más de un quinto de los pacientes, lo que podría correlacionarse con estadios avanzados de la enfermedad, lo cual no fue evidente al momento del estadiaje clínico ya que como hemos visto el grueso de pacientes pertenece al EC I. El retraso en la consulta no fue muy prolongado, probablemente motivado por la hematuria, que alerta a los pacientes para consultar precozmente. Los exámenes de laboratorio, a excepción de la orina completa, se mostraron dentro de límites normales en casi todos los pacientes, lo que podría relacionarse con el estadio temprano de la mayoría de los tumores. La cistoscopia como parte del estudio de una hematuria se realizó en todos los pacientes, no describiéndose concomitancia de tumor vesical, lo que no es habitual. No se encontraron tumores bilaterales, lo que difiere de lo descrito en la literatura extranjera⁵⁻⁸. La estadificación, cuando se completó, fue principalmente con TAC abdominal-pélvico y radiografía de tórax, además de los hallazgos patológicos luego de la cirugía encontrándose que la mayoría de pacientes (61,6%) tenían enfermedad confinada al órgano al momento del diagnóstico^{1,9}. Las metástasis que se encontraron fueron en el pulmón, hígado y ganglios retroperitoneales. El pronóstico empeora mientras mayor es el estadio de la enfermedad como se ha visto en los hallazgos al momento del último control en consultorio externo^{1,2,9,10}. En consecuencia, se recomienda efectuar la resección del riñón, uréter y manguito vesical con el proporcionar la mejor posibilidad curativa¹¹⁻¹⁴. La rareza de la neoplasia pélvica renal bilateral sincrónica, la baja incidencia de desarrollo asincrónico de tumores contralaterales del tracto superior y el mayor riesgo de recidiva de tumores en el uréter ipsilateral distal al tumor pélvico original, justifican realizar una nefroureterectomía total con manguito de la vejiga en un procedimiento parecido al que se observa en la mayoría de los cánceres de células de transición de la pelvis renal y del uréter¹¹⁻¹⁴. En nuestra serie, la conducta fue principalmente quirúrgica con nefroureterectomía más cistectomía parcial,

acorde con lo señalado clásicamente por la literatura, sin embargo, hay actualmente otros tipos de manejo de acuerdo a la tecnología presente en la institución¹⁴. La morbilidad perioperatoria fue mínima y no existió mortalidad. Todos los tumores de esta serie fueron Carcinoma de Células Transicionales. La incidencia de tumores de tracto superior sincrónicos o metacrónicos oscila entre el 2 y 4%. La incidencia de cáncer vesical después de la presencia de cáncer del tracto superior oscila entre 30 y 50%^{6,7}. En nuestra revisión, las recidivas fueron vesicales, lo que es esperable dado el carácter multicéntrico de los tumores uroteliales. No se encontraron recidivas en el riñón contralateral. Si bien la curación es alta (90%) cuando son superficiales y órgano-confinados, habitualmente el diagnóstico es tardío. Cuando son invasores, pero limitados al órgano la probabilidad de curación disminuye al 10-15%. Si los tumores penetran la pared urotelial o metástasis distantes generalmente no son curables con las formas de tratamiento disponibles en la actualidad¹⁵⁻¹⁷. Llama la atención la poca experiencia peruana publicada. Un punto aparte es hablar acerca de la experiencia en laparoscopia para el manejo de esta neoplasia, presento aquí nueve casos, los cuales son parte de la experiencia inicial de nuestro hospital, sin embargo, es importante aclarar que actualmente nuestros tiempos han mejorado; por otro lado, es importante señalar que al igual que la cirugía laparoscópica está cada vez más presente en la cirugía del adenocarcinoma renal, lo mismo está ocurriendo en cuanto al tratamiento radical del tumor de urotelio superior, en esta intervención laparoscópica es importante hacer hincapié en las distintas posibilidades para desinsertar el uréter distal (mediante resección transuretral, mediante laparoscopia, o de forma abierta), así como tener en consideración que es el tumor con mayor riesgo de implante en los puertos de entrada¹⁸.

CONCLUSIONES

El cáncer de vía urinaria alta es un tumor maligno poco frecuente, que debe sospecharse ante toda hematuria, que es el principal motivo de consulta. Idealmente el diagnóstico debe ser precoz. Su manejo debe ser esencialmente quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. KROGH J, KVIST E, RYE B. Transitional cell carcinoma of the upper urinary tract: prognostic variables and post-operative recurrences. *British Journal of Urology* 1991; 67(1): 32-6.
2. CORRADO F, FERRI C, MANNINI D ET AL. Transitional cell carcinoma of the upper urinary tract: evaluation of prognostic factors by histopathology and flow cytometric analysis. *Journal of Urology* 1991; 145(6): 1159-63.
3. MESSING EM, CATALONA W. Urotelial tumors of the urinary tract. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et als. *Campbell's Urology*. 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1998; 2327-410.
4. ARRAZTOA J. Cáncer, diagnóstico y tratamiento. *Editorial Mediterráneo* 1998; 11-17.
5. GROSSMANN HB, SCHWARTZ SL. Ureteroscopic treatment of urothelial carcinoma of the ureter and renal pelvis. *J Urol* 1992; 148(2): 275-7.
6. BATATA M, GRABSTALD H. Upper urinary tract urothelial tumors. *Urol Clin NA* 1976; 3(1): 79-86.
7. CUMMINGS KB, CORREA RJ. Renal pelvic tumors. *J Urol* 1975; 113(3): 158-62.
8. NOCKS BN, HENEY NM. Transitional cell carcinoma of renal pelvis. *Urol* 1982; 19(5): 472-7.
9. HENEY NM, NOCKS BN. Prognostic factors in carcinoma of the ureter. *J Urol* 1981; 125(5): 632-6.
10. HUBEN RP, MOUNZER AM. Tumor grade and stage as prognostic variables in upper tract urothelial tumors. *Cancer* 1998; 62(9): 2016-20.
11. CUMMINGS KB. Nephroureterectomy: rationale in the management of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *Urol Clin NA* 1980; 7(3): 569-78.
12. MCCARRON JP, MILLS C. Tumors of the renal pelvis and ureter: current concepts and management. *Seminars in Urology* 1983; 1(2): 75-81.
13. MILLS C, VAUGHAN ED. Carcinoma of the ureter: natural history, management, and 5-years survival. *J Urol* 1983; 129(2): 275-7.
14. ZINCKE H, NEVES JR. Feasibility of conservative surgery for transitional cell cancer of the upper urinary tract. *Urol Clin NA* 1984; 11(4): 717-24.
15. WITTE RS, ELSON P. Eastern Cooperative Oncology Group phase II trial of ifosfamide in the treatment of previously advanced urothelial carcinoma. *J Clin Oncol* 1997; 15(2): 589-93.
16. MUÑOZ J, LARS E. Upper tract urotelial neoplasmas: incidence and survival during the last 2 decades. *J Urol* 2000; 164: 1523-5.
17. BILBAO F, BAEZA UJC, ZIEDE E. Cáncer de vía urinaria alta en el Hospital Regional de Antofagasta. *Rev Chil Urol* 2002; 67: 119-24.
18. FARIÑA PÉREZ LA. Nefroureterectomía radical laparoscópica. *Actas Urol Esp* 2005; 30(5): 506-9.