UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

TUMORES DEL RIÑON

(ESTUDIO RETROSPECTIVO, HOSPITAL GENERAL DEL I.G.S.S., 1973 - 1984)

TESIS

PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

POR:

ANA REBECA GONZALEZ GALVEZ

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1984.

INDICE

1. Título
2. Introducción
3. Definición y análisis del problema
4. Objetivos
5. Revisión bibliográfica
6. Materiales y métodos
7. Presentación o descripción de resultados
8. Análisis y discusión de resultados
9. Conclusiones
10. Recomendaciones
11. Resumen
12. Referencias
13. Anexo.

INTRODUCCION

Los tumores del riñón, es una patología que afecta a adultos y en menor grado a niños, más frecuente en hombres que en mujeres. Algunos autores los clasifican en dos grandes categorías: los tumores primarios del riñón (los que son descritos en este trabajo) y los metastásicos que están asociados a otras patologías.

Desde el siglo XIX con Koning (alemán), Morris (inglés) y Robin (francés), surgió preocupación por dar a conocer los tumores del riñón. Desde esa época se ha hecho necesaria una nomenclatura histológica uniforme, que sea admitida internacionalmente, para facilitar así el trabajo médico. Actualmente la clasificación de la OMS ha facilitado el ordenamiento de esta patología.

El presente estudio fué motivado por el deseo de conocer la variedad histológica, comportamiento, técnicas diagnósticas y tiempo de sobrevida de los Tumores Renales benignos y malignos, de los pacientes que consultaron (de 1973 a 1984) el Hospital General del IGSS; realizando así el primer trabajo de su género en nuestro medio, el cual refleja el actual estado de conocimientos sobre Tumores del Riñón.

Los resultados patológicos de la nefrectomía se ordenaron según la clasificación Histológica de la OMS (se copió textualmente, al igual que las características histológicas de cada una de ellas); posteriormente se correlacionaron los datos obtenidos, determinando el tipo de tumor mas frecuente y la sobrevida.

Este trabajo se justifica así mismo con la importancia - del conocimiento del problema en el país; pues los trabajos extranjeros se realizan en diferentes condiciones ambientales, nutricionales y étnicas.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA:

El riñón es uno de los órganos del cuerpo que desempeña diferentes funciones: filtración, excreción, concentración, todas ellas importantes para el buen funcionamiento de nuestro organismo, dichas funciones pueden ser alteradas por diversos factores, entre ellos los tumores de este órgano vital. Los tumores pueden ser benignos o malignos, ocupando una quinta parte de los tumores en general de una persona adulta; al no ser diagnosticados y tratados a tiempo o acertadamente presentan mayores complicaciones y muerte pronta, por lo que un trabajo que estudie las técnicas diagnósticas y sobrevida en - un determinado lugar asistencial se hace necesario para el manejo de estos pacientes. Por ello se efectuó una investigación en forma retrospectiva de la incidencia de Tumores Renales, benignos y malignos, durante los años de 1973 - 1984, diagnosticados y tratados en el Hospital General del IGSS, demostrando el patrón de conducta, su frecuencia, tratamiento y sobrevivencia.

OBJETIVOS:

1. Conocer el comportamiento clínico, evaluado por historia, de los pacientes con tumor renal, vistos en el Hospital General del IGSS, desde 1973 a 1984.

2. Conocer el tiempo de sobrevida de pacientes observados y tratados en el Hospital General del IGSS, con diagnóstico de Tumor Renal, durante los años de 1973 a 1984.

REVISION BIBLIOGRAFICA:

RIÑON: del latín ren, renis. Organo glandular doble que excreta orina, situado profundamente a cada lado en la región lumbar, detrás del peritoneo. Tiene forma característica oval aplanada, con una cisura en su borde interno, hilio, por la que entran y salen vasos y nervios de donde sale el uréter. Ambos riñones están rodeados de un tejido celuloadiposo (cápsula fibrosa), mas o menos abundante y constituido por una sustancia cortical y una medular o tubulosa. Esta se halla formada de pirámides de Malpighi (zona central), en número de 10 a 15, envueltas por la sustancia cortical, excepto en el vértice o papila, que se proyecta en los cálices de la pelvis renal, pequeño reservorio membranoso en la parte posterior de la cisura del riñón, que se continúa con el ureter. La sustancia cortical llena la periferia del riñón y los intersticios de las pirámides de Malpighi, columnas que contienen cada una un glomérulo vascular formado por los capilares procedentes de la arteria renal, corpúsculos envueltos por la cápsula de Bowmann y de los que parten los túbulos de Bellini, al principio tortuosos y luego a medida que descienden hacia la sustancia medular, rectilíneos, hasta que al llegar a ésta última forman el asa de Henle, suben por la sustancia cortical, se retuercen de nuevo y se unen a otros para formar los canalículos rectos, que descienden hacia la sustancia medular, y unidos con canalículos semejantes forman los tubos colectores que terminan en las papilas. El riñón y la cápsula suprarrenal se encuentran fijos en un compartimiento como celdas llamado facia renal; recibe sangre arterial de la arteria renal, que nace de aorta (dividiéndose en: cápsular, media, inferior, espermática y lumbar). Las venas se originan en la cápsula renal formando grupos de 4 ó 5 venas que forman la estrella de Verheyen, y las venas de la cápsula adiposa que

desembocan en el borde del riñón. Linfáticos: nacen de una red superficial y una profunda desembocando los superficiales en los colectores lumboaórticos, y los profundos terminan en los ganglios aórticos izquierdos y detrás de la vena cava. Hay anastomosis con los linfáticos del ureter, ovario, testículo, hígado. Los nervios proceden de los nervios esplácnico mayor y menor del plexo solar, forman un grupo anterior y uno posterior.

El riñón excreta orina por un proceso fisicovital del filtración y elaboración especial de los materiales sólidos de dicho líquido, por el epitelo de los tubos. Contribuye a regular las concentraciones normales de los constituyentes de la sangre por la excreción del agua y de varias sustancias consideradas de deshecho y probablemente suministra productos reguladores de la presión sanguínea. Obra además como glándula de secreción interna. 7, 13, 15, 5.

TUMOR: del latín tumor-oris; tumefacción o hinchazón morbosa. Neoplasia, masa persistente de tejido nuevo sin función fisiológica que crece independientemente de los tejidos próximos. 5

NEOPLASIA: de neo y griego plassein formar: formación de tejido nuevo de carácter tumoral. 5

TUMORES RENALES:

Corresponden a la quinta parte de los tumores de los adultos y cuarta parte de la infancia.

Existen tumores poco frecuentes, frecuentes, benignos, malignos, primarios o secundarios.

La siguiente clasificación es ofrecida por la O.M.S., basándose en las características histológicas de los mismos.

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES DEL RIÑON:

I. TUMORES EPITELIALES DEL PARENQUIMA RENAL

A. Adenoma

B. Carcinoma

1. Carcinoma de células renales
2. Otros

II. TUMORES EPITELIALES DE LA PELVIS RENAL

A. Papiloma de células transicionales
B. Carcinoma de células transcicionales
C. Carcinoma de células escamosas
D. Adenocarcinoma de la pélvis renal
E. Carcinoma indiferenciado de la pélvis renal

III. TUMORES NEFROBLASTICOS

A. Nefroblastoma (tumor de Wilms)
B. Nefroma mesoblástico
C. Nefroma quístico multilocular

IV. TUMORES NO EPITELIALES

A. BENIGNOS

1. Angiomiolipoma
2. Fibroma
3. Hemangioma
4. Otros

B. MALIGNOS

V. TUMORES VARIOS

A. Tumor de células yuxtaglomerulares

B. Otros

VI. TUMORES SECUNDARIOS

VII. TUMORES NO CLASIFICADOS

VIII. LESIONES SEUDOTUMORALES

A. Blastema renal persistente

B. Blastema renal masivo

C. Disgenesia renal

D. Malformaciones vasculares

E. Quistes

F. Hiperplasia tubular renal

G. Pielonefritis xantogranulomatosa

H. Malacoplasia

I. Otros.

En esta clasificación se emplean como sinónimos el tumor y neoplasia. Las lesiones seudotumorales son aquellas que su comportamiento biológico es diferente al de la neoplasia, pero clínica o morfológicamente se parecen.

Los nombres anteriores son los que la O.M.S. considera adecuadas para las diferentes clasificaciones histológicas del tumor renal, aunque varias de ellas tienen sinónimos como se verá adelante.

I. TUMORES EPITELIALES DEL PARENQUIMA RENAL

A. ADENOMA: tumor benigno, que se descubre algunas veces clínicamente y es usualmente un hallazgo incidental de autopsia, algunos autores, opinan que se pueden convertir en tumores malignos, originando el adenocarcinoma renal.

Son pequeños, miden menos de 2 cms., son de color amarillo grisáceo pálido, compuesto de células uniformes, citoplasma escaso que puede ser: claro, granuloso o mixto; pueden ser compactos o quísticos. Suelen encontrarse también durante intervenciones quirúrgicas o estudios radiográficos.

No tiene ningún valor práctico al efectuar subdivisiones (anteriormente se subdividía en papilar, tubular y alveolar), lo mejor es clasificarlos simplemente como adenomas.

B. CARCINOMA:

1. Carcinoma de células renales: (se ha llamado también tumor de Grawitz, carcinoma renal, hipernefroma, carcinoma hipernefroide, adenocarcinoma renal).

Es un tumor maligno del parénquima renal, tiene disposición glandular con células cuboideas y cilíndricas de tamaño y forma variados. Las células tumorales claras, constituyen el tipo celular más común. Un pequeño grupo de tumores están formados de células granulosas; es mas frecuente observar en el microscopio la mezcla de estos dos tipos de células. Macroscópicamente se caracteriza por su tamaño variable, casi siempre encapsulado, rodeado del parénquima renal aparentemente sano.

Su incidencia en E.E.U.U. es de 3.5/100,000 por año. Costituye aproximadamente el 85% de los tumores malignos renales, el 15 restante los constituye los tumores de la pelvis renal y capsula renal; [3] y es más frecuente en hombres que en mujeres de 2:1. Generalmente es unilateral apareciendo en el polo superior. Se extiende en dos direcciones: a) extensión directa dentro de la vena renal (más del 50%) y algunas veces dentro de la vena cava, o b) extensión directa dentro del tejido adiposo de la cápsula renal contiguo a las estructuras viscerales o de los ganglios linfáticos regionales.

Signos y síntomas: hematuria macroscópica indolora, cólico renal, dolor en flanco (sobre todo si el tumor es grande o está tomando los músculos y nervios vecinos. La triada clásica de dolor, hematuria y masa ocurre solo en el 10 al 15% de los pacientes, [4] frecuentemente el tumor presenta fiebre alta e intermitente, fatiga, pérdida de peso; como también presentan o pueden presentar: náusea, disfunción hepática, anorexia, vómitos, reacción leucemoide, extreñimiento, dolor abdominal, hipertensión, galactorrea, hipercalcemia, ginecomastia, amiloidosis, policitemia, síndrome de Cuching, varicocele, tromboflebitis, anemia, disminución de líbido.

A pesar que varios autores refieren que la triada clásica es poco frecuente, otros autores piensan que son los síntomas fundamentales, por lo que a continuación se describen:

Hematuria: signo más fidedigno, aparece en los 90% de los casos, es abundante, presenta coágulos que pueden producir obstrucción canicular con dolores paroxísticos. Es repetida, persistente, espontánea, irregular, sin relación con el reposo o movimiento.

Dolor: es costovertebral, menos importante que el anterior, puede ser por la obstrucción de la vía canicular por el cóagulo (antes descrito); va precedido de la hematuria.

Masa: Tiene carácter de tumor renal, difícil de percibir cuando se localiza en el polo superior, y es pequeño, lo que se dificulta si el vientre del paciente es grueso o tónico. Es un signo que constituye la primera manifestación en una cuarta parte de los tumores. La masa palpable más hematuria hace sospechar un cáncer renal.

Laboratorios:

El riñón enfermo provoca alteraciones degenerativas

en forma lenta y progresiva, por lo que la orina y sus características no se modifican al principio, mientras que otros signos pueden aparecer, por lo que se deben de hacer una serie de exámenes de gabinete:

Orina: puede encontrarse hematuria macroscópica, microscópica, cilindruria, albuminuria, Deshidrogenasa láctica urinaria aumentada.

Hematología: Hb. y Ht, por presentar anemia o policitemia (raramente), eritrosedimentación: su aumento hace pensar en un proceso neoplásico, puede llegar hasta 150mm/hr.

Acido úrico: elevado

Proteina C reactiva: positiva

Globulina Alfa 2 aumentada, albúmina sérica disminuida.

Estudios Radiológicos:

- Radiografía simple de abdomen: revela aumento del tamaño del riñón, deformación del infundíbulo o de los cálices, deformación del contorno renal, desplazamiento del mismo hacia afuera.

- Urografía intravenosa y pielografía retrógrada: Han sido por varias décadas los exámenes primordiales para confirmar la presencia de una masa renal. La urografía requiere una determinada capacidad funcional del riñón. La falta de imagen puede tener determinado valor, y en éstas circunstancias debe recurrirse a la pielografía retrógrada, para visualizar las cavidades renales, la modificación

de ellas lleva al diagnóstico; pero una lesión que crece extracorticalmente no necesariamente va a modificar a distorcionar las cavidades renales.

- Radioscopía: establece la movilidad y la situación del riñón, las reacciones pleurales, las deformaciones diafragmáticas, producidas por desplazamiento intestinal.

- Angiografía: posee valor especial para precisar el diagnóstico entre quiste y tumor renal. Dá el diagnóstico en el 90 al 95% de los pacientes. El patrón característico de la angiografía es una neovascularidad, con áreas necróticas en contraste, vasos tortuosos, aneurismas, comunicación arteriovenosa, opacificación prematura de venas, y una pobre diferenciación entre el tumor y el parénquima normal. Sirve de guía a la cirugía.

- Venocavografía: ayuda a descubrir el tumor dentro de la vena Cava (5% de pacientes aproximadamente lo presentan), este puede producir la obstrucción completa de la Cava.

- Biopsia: está contrindicada por los riesgos de inoculaciones locales, sin embargo en Europa se utiliza con éxito. Ha sido aplicada a lesiones testiculares, renales, prostáticas y otras. En la actualidad puede quedar limitada principalmente al gánglio linfático. Para el éxito de la técnica son esenciales los conocimientos citomorfológicos de la aspiración.

- Nefrotomografía: es el empleo combinado del efecto nefrográfico obtenido con placas tomadas pocos segundos después de la inyección de un producto de contraste y la tomografía.

- Nefrotomografía por bolus: es una modificación de la anterior, se inyecta I.V. medio de contraste (Hypaque 80 cc.) a un tiempo determinado se toman 7 placas.

- Ultrasonido: útil para determinar la etiología de defectos de relleno no opaco de la pelvis renal. Ayuda a determinar si una masa es sólida o llena de líquido. Actualmente está considerado como suplemento de la nefrotomografía.

- Tomografía axial computarizada: (CAT) es adicionalmente de ayuda para evaluar masas yuxtarrenales, riñones que no funcionan, hidronefrosis. Es de ayuda auxiliar para determinar anormalidades renales; identifica metástasis en linfáticos regionales y la extensión del tumor en los tejidos vecinos y dentro de las venas renal y cava.

- Estudios Radioisotópicos: el centellograma convencional (gammagrama), muestra la destrucción pareqnuimatosa por el tumor.

- Resonancia nuclear magnética (NMR): Nueva técnica que ayuda a la evaluación de masas renales. Produce imágenes similares o mejores que la tomografía computarizada pero sin usar radiación ionizada. [4].

ESTADIOS DE CARCINOMA DE CELULAS RENALES:

Estadio 1: Tumor limitado al riñón. Grasa perirrenal, gánglios linfáticos vena renal no están tomados.

Estadio 2: Tumor se localiza en la grasa perirrenal pero está confinada por dentro de la fascia de Gerota; vena renal, linfáticos no están afectados.

Estadio 3: Tumor invade la vena renal y/o ganglios linfáticos regionales pudiendo o no invadir la vena Cava o grasa perirrenal.

Estadio 4: Metástasis a distancia, secundarias al cáncer renal o invasión de las estructuras contiguas.

Estudios recientes indican que el crecimiento del tumor dentro de la vena renal o la cava no conlleva necesariamente a un pronóstico funesto atribuido originalmente a este hallazgo, [4].

TRATAMIENTO:

Para este tipo de tumor el tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, efectuando una nefrectomía radical.

Se ofrece también tratamiento con:

Hormonas: parece beneficiar al 20% de todos los pacientes, más al sexo masculino. Las hormonas utilizadas son agentes progestacionales y/o andrógenos. El tratamiento con Depo-Provera y Megace es preferido ya que su toxicidad es mínima, además que se han reportado buenos resultados en el control de metástasis.

- Radioterapia: continúa la controversia en el uso y el papel de la radioterapia en el carcinoma de células renales; este tumor es considerado relativamente radioresistente; ha sido usada preoperatorio y postoperatoria sin mo-

dificar las tasas de sobrevivencia, comparadas a las de nefrectomía sola; otros autores han reportado que las tasas de sobrevivencia continúan igual con radioterapia coadyuvante a la nefrectomía. También ha sido reportada la disminución de sobrevivencia cuando la radioterapia se usa después de la operación. [3] El tratamiento con radioterapia varía de 3,000 rads a 6,000 rads de 3 a 6 semanas.

- Inmunoterapia: la presencia de células y respuestas inmunes en pacientes con carcinoma de células renales a hecho que se efectúen estudios de inmunoterapia. Algunos de los métodos a utilizar son: interferón, factor de transferencia y RNA.

METASTASIS: aproximadamente el 25% de los pacientes vistos por primera vez presentan metástasis. Metastatizan principalmente por vía sanguínea, aunque puede ser también por vía linfática, frecuentemente metastizan pulmones 50%, huesos 33%, ganglios linfáticos regionales, hígado, suprarrenales, ojo, vagina, cerebro. Puede haber regresión de metástasis luego de la nefrectomía. En pacientes con múltiples metástasis se justifica la nefrectomía solamente si presenta sangrado severo o efectos sistémicos. El tratamiento es con quimioterapia: metrotexate, Vinblastina, Cytoxan, etc; hormonoterapia y radioterapia.

EVOLUCION Y SOBREVIDA: depende de la extensión del tumor, su comportamiento biológico y características propias del paciente. El cáncer renal lleva a la muerte, salvo en casos de regresión espontánea de tumor o metástasis. Schefft et al, reportaron sobrevivencia de 5 años del 50% después de la excisión del tumor dentro de la vena cava superior. Johnson et al no diferencian sobrevivencia entre los pacientes que sufrieron nefrectomía paliativa y los que no, excepto en pacientes con metástasis confinadas al sistema esquelético. [6].

La incidencia de este tumor es después de los 50 - años.

2. Otros:

La mayoría de carcinoma de células renales se forman en la corteza, probablemente a partir de los túbulos contorneados. Rara vez nacen de la médula. Pueden observarse formas tubulares, papilares, trabeculares, y macizas, con frecuencia mezcladas.

II. TUMORES EPITELIALES DE LA PELVIS RENAL:

A. Papiloma de células transicionales:

Es sumamente raro, la mayoría de los tumores papilares de la pelvis renal son carcinomas.

Es un tumor papilar con estroma cubierto por epitelio de transición que no se distingue de la pelvis renal normal.

B. Carcinoma de células transicionales:

Son tumores del epitelio de transición en el que se observa anaplasia o transición. Son relativamente raros,

comprenden menos del 10% de los tumores malignos del riñón. Con frecuencia comprometen difusamente toda la pelvis renal y forman masas que pueden extenderse hacia el ureter. Los pacientes presentan hematuria, cólico ureteral ocasionalmente; el diagnóstico se establece usualmente con pielografía IV, pielografía retrógrada, citoscopia. La profunda hematuria de estos tumores es causada por su gran celularidad y vascularidad. El tratamiento es nefroureterectomía total con extirpación de los linfáticos regionales. La radiación y la quimioterapia no prestan ninguna ayuda. Las metástasis aparecen tempranamente en pulmón, y gánglios linfáticos. La sobrevida es de 5 - años, varía del 25 al 50% de pacientes.

C. Carcinoma de células escamosas:

Tumor maligno con células que forman queratina o tienen puentes intercelulares. El tumor debe ser de un solo tipo celular. Comprende aproximadamente el 15% de tumores pélvicos renales, con un pobre pronóstico. - Tempranamente el 50% del carcinoma de células escamosas está asociado con cálculos e infección renal. Su tratamiento es Nefroureterectomía y linfadenectomía retroperitoneal extensa. Presenta a menudo metástasis regionales o a distancia.

D. Adenocarcinoma de la pélvis renal:

Tumor epitelial maligno, células forman glándulas con cantidades variables de moco; es una neoplasia rara.

E. Carcinoma indiferenciado de la pelvis renal:

Tumor maligno con estructura epitelial, poco diferenciado para incluirlo en alguno de los demás grupos de carcinoma pelviano.

III. TUMORES NEFROBLASTICOS:

A. Nefroblastoma (tumor de Wilms):

Tumor maligno de tejido nefroblástico primitivo, forma estructuras parecidas al riñón embrionario. Sinónimos: carcinosarcoma, adenomiosarcoma. El 50% de los casos ocurre antes de los 3 años, y el 90% antes de los 10 - años de edad. La primera indicación clínica es una gran masa. Se ha encontrado que varios pacientes con este tumor tienen una supresión específica en la rama corta del cromosoma 11. Actualmente se acepta que se origina de las células del blastoma metanéfrico. Son usualmente grandes, limitados, de consistencia firme con cápsula definida. Invaden venas, cápsula renal, la glándula suprarrenal, intestinos, hígado, vértebras.

El tratamiento en la mayoría de los casos es nefrectomía y quimioterapia sistémica y radioterapia.

B. Nefroma Mesoblástico:

Se le llama también hamartoma leiomiomatoso, hamartoma fetal, nefroma mesoblástico congénito.

Tumor compuesto de células fusiformes parecidas a las del músculo liso.

El proceso es congénito y se asocia con anomalías congénitas. La historia natural y significado de este proceso no está bien definido. Son lesiones infantiles.

C. Nefroma quístico multilocular:

Esta lesión se llama también quiste multilocular. Es solitaria, generalmente unilateral, contiene estroma mesenquimatoso.

IV. TUMORES NO EPITELIALES

A. BENIGNOS:

1) Angiomiolipoma:

Tumor constituido por una mezcla de células adiposas, músculo liso y vasos tortuosos que pueden tener paredes gruesas muy celulares o hialinizadas. Se le llama también hamartoma, es común entre los pacientes que presentan esclerosis tuberosa. Los síntomas de dolor y masa resultan de hemorragia alrededor del tumor. Es multifocal y bilateral, por lo que un examen del riñón contralateral es obligatorio. El 50% de los casos reportados están asociados a la esclerosis tuberosa, enfermedad que se caracteriza por lesiones de la corteza cerebral, lo que produce epilepsia y retardo mental; en la cara hay una distribución de adenoma sebáceo en forma de mariposa (80%) [3].

El hamartoma renal no asociado con esclerosis tubular es más común en la mujer (80%), siendo unilateral, produciendo sintomatología en la 3a. y 5a. década de la vida. El tratamiento es nefrectomía radical.

2) Fibroma:

Se localizan casi siempre en la médula, puede tener una acción antihipertensiva de tipo endócrino. Se ha propuesto el término de tumor de células intersticiales renomedular.

3) Hemangioma:

Se forman en la pared de la pélvis, pero también pueden formarse en las pirámides. Es un tumor congénito benigno, se produce del epitelio sanguíneo y vasos linfáticos; usualmente es unilateral, aunque se han observado bilaterales. Hematuria, muchas veces intermitente, es el síntoma clínico usual asociado con coágulos y dolor. La arteriografía renal es de gran ayuda; la nefroscopía permite localizar la lesión y algunas veces tratarla con coagulación. El tratamiento en personas jóvenes es una nefrectomía parcial (el tumor se presenta en pacientes por debajo de los 40 años), y para pacientes mayores la nefrectomía radical.

4) Otros:

Comprende lipomas, leiomiomas, y neurilemomas.

B. Malignos:

En raros casos se encuentran tumores malignos no epiteliales de diversos tipos.

V. TUMORES VARIOS

A. TUMOR DE CELULAS YUXTAGLOMERULARES:

Tumor benigno del aparato yuxtaglomerular, formado de los pericitos del mismo. Secreta renina. La hipertensión está asociada a él. El diagnóstico se confirma al demostrar la secreción de la renina o en la microscopía electrónica al observar estructuras en forma de diamante. Su tratamiento de elección es la nefrectomía parcial.

B. Otros:

- Neuroblastoma suprarrenal
- Ganglioneuroblastoma.

VI. TUMORES SECUNDARIOS:

Los tumores de este grupo pueden ser metástasis, ya sea por propagación directa o por afectación renal por ciertos procesos neoplásicos sistémicos.

VII. TUMORES NO CLASIFICADOS:

Tumores benignos o malignos que no pueden clasificarse en ninguno de los grupos precedentes.

VIII. LESIONES SEUDOTUMORALES:

A. Blastema renal persistente (blastema renal nodular, blastema nefrogénico persistente, blastema metanéfrico nodular y hamartoma metanéfrico).

Son focos subcapsulares de tejido nefrogénico embrionario; se han encontrado en asociación con trisomía 18 y en los riñones de sujetos normales.

B. Blastema renal masivo:

Es tejido nefrogénico embrionario que sustituye en extensas zonas al parénquima cortical renal; puede ocupar la mayor parte de la corteza renal, bilateral, multifocal y/o difuso.

C. Disgenesia renal:

Se llama también displasia renal. Es el riñón malformado, constituido por quistes y túbulos rodeados de estroma mesenquimatoso y mezclado con una cantidad de nefronas.

D. Malformaciones vasculares:

Algunas malformaciones y anastomosis vasculares que no son verdaderos angiomas pueden simular tumores.

E. Quistes:

Pueden dar la impresión de neoplasias desde el punto de vista clínico. Un carcinoma puede estar asociado a

quistes o estar formado en la pared de éstos.

F. Hiperplasia Tubular renal:

Imposible distinguir de un adenoma pequeño la hiperplasia tubular focal.

G. Pielonefritis Xantogranulomatosa:

Es una afección inflamatoria caracterizada por ecumulación de grandes histiocitos con citoplasma claro o granuloso. Se puede parecer a un carcinoma de células claras.

H. Malacoplasia:

Es una lesión inflamatoria crónica que se puede parecer al carcinoma de células renales con células granulosas. Hay inflamación. A una variante de esta lesión, localizada primitivamente en la corteza y con cuerpos de Michaelis-Gutmann mal definidos, se le da el nombre de nefritis intersticial megalocítica.

I. OTROS:

- Metaplasia escamosa
- Pólipo fibroepitelial
- Colesteotoma
- Restos adrenales
- Fusión adreno-renal.

MATERIALES Y METODOS:

La investigación se llevó a cabo con los expedientes de quince pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, a los cuales se les había diagnosticado tumor renal.

Los datos fueron recopilados en una ficha elaborada para ello (ver anexo), con las siguientes variables:

Datos Generales
Motivo de Consulta
Historia
Antecedentes
Examen Físico
Examenes Diagnósticos: de laboratorio y radiológicos
Tratamiento
Informe de Patología
Frecuencia anatómica del tumor

Sobrevivencia: evaluada por medio de la revisión de los expedientes médicos de los pacientes investigados, y se citaron a pacientes por vía telegráfica, para poder examinarlos y dialogar con ellos a fin de determinar en mejor forma la sobrevida. (Solamente un paciente acudió a la cita).

Los datos anteriores se sometieron a procedimientos estadísticos para elaborar los análisis, conclusiones y recomendaciones.

PRESENTACION O DESCRIPCION DE RESULTADOS:

Los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden en la mayoría de datos con lo que informa la literatura extranjera.

En el total de pacientes estudiados se encuentra una relación de 14:1 de hombres a mujeres, estando más afectada la década de los 50-60, tanto en hombres como en mujeres (cuadro No. 1).

La hematuria macro y microscópica fué muy importante en el diagnóstico, ya que aparece como dato principal en el motivo de consulta, antecedentes, sintomatología al ingreso y resultados de laboratorio (ver cuadros 2, 3, 4 y 6), lo que confirma la IMPORTANCIA del examen de ORINA SIMPLE, el cual podría efectuarse seriado.

En dos pacientes el hallazgo de tumor renal fué incidental, el motivo de consulta fué de causa diferente a la etiología estudiada (singulto, etilismo crónico), y un paciente refirió padecer diabetes, dato que por sí solo no se relaciona con el estudio (cuadros 2, 3 y 4).

La triada clásica de hematuria, dolor y masa palpable, que según algunos autores es el 15% (4) de los casos, no fue encontrada en nuestra investigación; se encontró en el examen físico el 40% de pacientes con masa palpable y un 6.6% con masa y puño percusión positivo (cuadro No. 5).

En los cuadros del 6 al 10 se presentan los resultados de laboratorio, haciendo resaltar nuevamente la utilidad que proporciona el examen Simple de Orina. La hemoglobina y he-

matócrito se encuentran aceptables en el 53.3% de los casos, no así la velocidad de sedimentación que se encontró elevada en 9 pacientes, llegando hasta 160mm/hr.; y el ácido úrico en el 20% de pacientes fue anormal, variando de 7.55 a 12.34 (normal de 3 a 6.5 mg/100ml).

El pielograma y anteriograma con venocavograma fueron positivos en más del 75% de los casos, lo que fue de gran ayuda para poder efectuar la nefrectomía (100% de los casos, 8 izquierdas y 7 derechas), posteriormente se dio tratamiento con radioterapia (53.33%). El 93.33% de los tumores está representado por el carcinoma de células renales, siendo el estadío 1 el más frecuente. (cuadros del 11 al 14).

El 60% de pacientes presentó metástasis, localizadas en diferentes órganos, siendo el pulmón el más afectado (5 pacientes), el tratamiento mas usado para el control metastásico fue la hormonoterapia, (cuadro 15 y 16).

Los cuadros 17 y 18 muestran la sobrevida de los pacientes estudiados, de los que solamente dos se encuentran vivos (intervalo de vida de 36-47 meses y de 48-59 meses), continuando tratamiento y dedicados a sus labores, 6 pacientes se ignora paradero y 7 se encuentran fallecidos. La causa directa de defunción no se pudo establecer plenamente, pues - por ser este trabajo descriptivo solamente se puede transcribir lo encontrado en las papeletas revisadas, las que informan que el 71.42% (5 pacientes), fallecieron de cáncer terminal y el 28.57% (2 pacientes) de ACV metastásico. (Diagnóstico anotado en expedientes médicos).

CUADRO No. 1

Pacientes con Tumor Renal, clasificados por edad y sexo. Hospital General del IGSS. 1973 - 1984.
(cifras absolutas y porcentajes).

AÑOS DE EDAD	SEXO		TOTAL	%
	M	F		
30 - 39	1	0	1	6.66
40 - 49	2	0	2	13.33
50 - 59	7	1	8	53.33
60 - 69	4	0	4	26.66
TOTAL	14	1	15	99.98

Fuente: Registros Médicos Hospital General del IGSS.

CUADRO No. 2

Motivo de Consulta de los pacientes a su ingreso.
Hospital General del IGSS. 1973 - 1984.
(cifras absolutas y porcentajes).

Motivo de Consulta	Número de Pacientes	%
Hematuria Macroscópica	7	46.66
Dolor Fosa Renal Derecha	1	6.66
Dolor Abdominal	1	6.66
Dolor en Hipocondrio Izquierdo	1	6.66
Masa Fosa Renal izquierda	1	6.66
Fiebre no cuantificada por termómetro	1	6.66
Retención Urinaria	1	6.66
Singulto	1	6.66
Etilismo Crónico	1	6.66
TOTAL	15	100.00

Fuente: Registros Médicos Hospital General IGSS.

CUADRO No. 3

Antecedentes presentados.
Hospital General del IGSS. 1973 - 1984.
(cifras absolutas y porcentajes).

Antecedentes	No.	%
MEDICOS:		
* Hematuria Ocasional Asintomática	3	20.00
** Hipertensión Arterial	2	13.33
*** Disminución de peso	2	13.33
** Diabetes	1	6.66
*** Hematuria Masiva	1	6.66
* Disuria	1	6.66
Anemia Ferropriva	1	6.66
Infección Urinaria	1	6.66
QUIRURGICO:		
Prostatectomía	1	6.66
No refieren	5	33.33

* ** *** Antecedentes presentados en un mismo paciente.

Fuente: Registros Médicos Hospital General IGSS.

CUADRO No. 4

Sintomatología al Momento del Ingreso.
Hospital General del IGSS. 1973 - 1984.
(cifras absolutas y porcentajes).

Sintomatología	No.	%
+ Hematuria	8	53.33
Dolor Fosa Renal Derecha	3	20.00
*+ Dolor Fosa Renal Izquierda	3	20.00
Masa Fosa Renal Izquierda	1	6.66
* Disuria	1	6.66
Singulto	1	6.66

+, *: Síntomas presentados por un mismo paciente.

Fuente: Registros Médicos Hospital General IGSS.

CUADRO No. 5

Hallazgos al examen Físico.
Hospital General del IGSS. 1973 - 1984.
(cifras absolutas y porcentajes).

Hallazgos	No. de Pacientes	%
Masa y ganglios palpables	6	40.00
Puño percusión positivo	4	26.66
Hipertensión	2	13.33
Desnutrición crónica del adulto	2	13.33
Masa, puño percusión y Desnutrición crónica del adulto	1	6.66
Aparentemente normal	2	13.33

Fuente: Registros Médicos Hospital General IGSS.

CUADROS Nos. 6 - 10

Resultados de estudios de Laboratorio:

A) Urinario

B) Hematológico.

Hospital General del IGSS. 1973 - 1984.

(Porcentajes en relación a totales parciales).

A)

ORINA SIMPLE

DATOS	PRESENTE		AUSENTE		TOTALES	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hematuria Macroscópica	11	73	4	26	15	99
Hematuria Microscópica	11	73	4	26	15	99
Albuminuria	7	46	8	53	15	99
Sedimento:						
Bacterias	4	26	11	73	15	99
Glóbulos Blancos	3	20	12	80	15	100

Fuente: Registros Médicos Hospital General IGSS.

(Cifras absolutas).

Especiales de Orina.

Examen	Positivo	Negativo	No se Efectuó	Total
Cultivo *	1	3	11	15
Citológico	0	2	13	15

* Positivo a E. Coli, se dio tratamiento con Trimetroprim Sulfametoxazole.

HEMATOLOGICO

B)

(cifras absolutas y porcentajes)

Hemoblobina	No. pacientes	%
5 - 7	2	13.3
8 - 10	1	6.6
11 - 13	3	20.0
14 - 16	8	53.3
17 - 19	1	6.6
Totales	15	99.8

(Cifras absolutas y porcentajes)

Hematócrito	No. pacientes	%
17 - 25	2	13.3
26 - 34	2	13.3
35 - 43	10	66.6
44 - 52	0	00.0
53 - 61	1	6.6
Totales	15	99.8

(Cifras absolutas y porcentajes en relación a totales parciales)

Exámenes	Anormales		Normales		Sin examen		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sedimentación	9	60.00	1	6.66	5	33.33	15	100
Acido Urico	3	20.00	0	0.00	12	80.00	15	100

CUADRO No. 11

Resultados de estudios Radiológicos.

Hospital General del IGSS 1973 - 1984.

(Cifras absolutas y porcentajes).

Estudio	Positivo		Negativo		No se efectuó		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pielograma I.V.	12	80.0	0	0.0	3	20.0	15	100
Arteriograma y venocavograma	11	73.3	0	0.0	4	26.6	15	100
Rx. simple de abdomen	1	6.6	0	0.0	14	93.3	15	100
Rx. de tórax	1	6.6	14	93.3	0	0.0	15	100
Tomografía axial computarizada (CAT)	1	6.6	0	0.0	14	93.3	15	100
Citoscopía	0	0.0	1	6.6	14	93.3	15	100
Serie metastásica	0	0.0	1	6.6	14	93.3	15	100

Fuente: Registros Médicos Hospital General del IGSS.

CUADRO No. 12

Procedimiento terapéutico aplicado.

Hospital General del IGSS, 1973 - 1984.

(Cifras absolutas y porcentajes).

Procedimiento	No. pacientes	%
Quirúrgico:		
Nefrectomía	15	100.00
Tratamiento adicional al anterior:		
* Radioterapia	8	53.33
* Hormonoterapia	2	13.33
Radioterapia ordenada	1	6.66
Sin tratamiento adicional	5	33.33

* Un paciente recibió radio y hormonoterapia al mismo tiempo.

Fuente: Registros Médicos Hospital General del IGSS.

CUADRO No. 13

Frecuencia de la localización anatómica del tumor.

Hospital General del IGSS, 1973 - 1984.

(Cifras absolutas y porcentajes).

Riñón	No. pacientes	%
Izquierdo	8	53.33
Derecho	7	46.66
Total	15	100.00
Con invasión a:		
Vena renal	1	6.66

Fuente: Registros Médicos Hospital General del IGSS.

CUADRO No. 14

Clasificación histológica y estadíos patológicos de los tumores encontrados.

Hospital General del IGSS, 1973 - 1984.

(Cifras absolutas y porcentajes).

Clasificación	No. pacientes	%
Carcinoma de células renales		
Estadío 1	9	60.00
Estadío 2	2	13.33
Estadío 3	1	6.66
Estadío 4	2	13.33
Subtotal	14	93.32
Tumor epitelial de pelvis renal	1	6.66
T o t a l	15	100.00

Fuente: Registros Médicos Hospital General del IGSS.

CUADRO No. 15

Metástasis secundaria a tumor renal.

Hospital General del IGSS, 1973 - 1984.

(Cifras absolutas y porcentajes).

Localización	No. pacientes	%
Metástasis:	9	60.00
Pulmón	5	55.55
Encéfalo	2	13.33
Intestino	2	13.33
Hígado	1	6.66
Clavícula	1	6.66
Cráneo	1	6.66
Vértebras	1	6.66
Costillas	1	6.66

Fuente: Registros Médicos Hospital General del IGSS.

CUADRO No. 16

Terapéutica aplicada a metástasis.

Hospital General del IGSS, 1973 - 1984.

(Cifras absolutas y porcentajes).

Medicamentos	No. pacientes	%
Hidroxiprogesterona	4	26.66
Radioterapia	3	20.00
Esteroides	2	13.33
Viablastina	1	6.66
Adriamicina	1	6.66
MAP: Metrotexate, adriamicina, prednisona	1	6.66

Fuente: Registros Médicos Hospital General del IGSS.

CUADRO No. 17

Evolución de pacientes con tumor del riñón.

Hospital General del IGSS, 1973 - 1984.

(Cifras absolutas y porcentajes).

Evolución	No. de pacientes	%
Vivos	2	13.33
Fallecidos	7	46.66
Evolución desconocida	6	40.00
T o t a l	15	100.00

Fuente: Registros Médicos Hospital General del IGSS.

CUADRO No. 18

Tiempo de sobrevivencia de pacientes con tumor renal, a partir del diagnóstico.

Hospital General del IGSS, 1973 - 1984.

(Intervalos y cifras absolutas).

Intervalo de meses	No. de pacientes		Total
	Vivos	Fallecidos	
Menos de 1 mes	0	0	1
1 - 11	0	4	4
12 - 23	0	0	0
24 - 35	0	1	1
36 - 47	1	0	1
48 - 59	1	1	2
TOTAL	2	7	9

Fuente: Registros Médicos Hospital General del IGSS, 1973 - 1984.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

De 83,095 pacientes estudiados en el Hospital General del IGSS, correspondientes a los años de 1973 a 1984 (inclusive), solamente 15 presentaron tumor renal, 14 hombres y 1 mujer. Catorce de estos pacientes presentaron carcinoma de células renales en una relación de 13:1 (masculino: femenino). En estadísticas extranjeras la relación es de 2:1, (2, 8) esta diferencia de relación tan marcada puede ser a: -. que es mayor el número de pacientes masculinos atendidos en el IGSS, por ser minoritario el número de mujeres trabajadoras afiliadas al IGSS. --. De conformidad con las normas y reglamento actual del IGSS su programa de enfermedad común no cubre la provincia en su totalidad; así como gran número de mujeres que trabajan en casas particulares y otros centros, no gozan de estas prestaciones.

Este estudio como la literatura extranjera coinciden en que la incidencia de estos tumores es mayor en pacientes que se encuentran entre la quinta y sexta década de la vida. Presentando signos y síntomas en algunos casos urológicos, pudiendo ser mayores las manifestaciones externas como: fiebre, disminución de peso, anemia, hipertensión y otras más; en contados casos aparece la triada clásica de hematuria, masa y dolor; (4) por lo que el motivo de consulta, antecedentes y hallazgos físicos pueden ser variados. En nuestro estudio los signos y síntomas más frecuentes fueron: hematuria, dolor, masa y fiebre. La hematuria es uno de los signos que aparece tempranamente que puede ser producida por congestión renal, lesión de un vaso, o por obstrucción tumoral. El dolor es un dato menos significativo que la hematuria ya que puede ser producido por otros factores distintos del tumor renal. Pero en el caso de tumor renal, el dolor es producido por neuritis o

distención capsular. Se pudo comprobar en este trabajo, que se presentó en tres pacientes.

En la investigación la masa se comprobó en el examen físico en un caso solamente, palpándose ésta voluminosa (más o menos de 8 cms. de diámetro). La masa es difícil de palpar y hay que tomar en cuenta la localización anatómica del tumor, ya que en el polo superior es más difícil de percibir, también hay que tomar en cuenta el tejido adiposo del paciente y el tiempo de evolución del tumor.

La liberación de pirógenos endógenos produce fiebre, en este caso secundaria al tumor renal; no en todos los pacientes la fiebre se presenta con la misma intensidad; en este estudio un solo paciente presentó fiebre (no cuantificada por termómetro), siendo su motivo de consulta.

La anemia: (normocítica - normocrómica) se debe a la depresión medular secundaria al tumor. En este estudio hubo un caso de anemia habiendo sido diagnosticada como ferropriva, - lo cual podría ser secundario a una DCA (desnutrición crónica del adulto), hallazgo físico en dos pacientes. La DCA puede deberse a varios factores, entre ellos el más común en nuestro medio: el estado socioeconómico del paciente.

La hipertensión arterial en la mayoría de los casos es ideopática, aunque puede ser por procesos isquémicos renales, (8) o por alteraciones arteriovenosas. (4)

Los exámenes de laboratorio como los radiológicos no - fueron realizados uniformemente en el 100% de los pacientes, ignorándose el por que de ello, sin embargo los estudios realizados fueron de gran ayuda, como se comprobó en el corto tiempo en que se efectuó diagnóstico y tratamiento.

El examen de orina sigue siendo de relevancia en el diagnóstico de estos tumores; persiste la hematuria (11 pacientes) y se encuentra albuminuria (7 pacientes), ambos datos se encuentran presentes prematuramente en esta patología, pues - las características globales de la orina NO se modifican tempranamente.

La hemoglobina y el hematocrito se encontraron en su mayoría normales. Pocos casos presentaron hemoglobina menor de 12 grs., pudiendo ser por el tumor en sí (depresión de médula ósea), o por su pobre estado nutricional. La velocidad de sedimentación y el ácido úrico, se encuentran elevados en las neoplasias renales, como se describe en el cuadro No. 10, donde se aprecian los datos encontrados.

Las ayudas radiológicas son muy importantes. El pielograma IV y el Arteriograma con venocavograma se efectuaron en la mayoría de los pacientes, el de mayor uso fué el pielograma, algunos pacientes fueron posteriormente, sometidos a arteriograma y venocavograma, y solo uno a tomografía axial computarizada por dificultad diagnostica con estudios arriba descritos. No a todos los pacientes le fueron realizados los estudios radiológicos subsecuentemente. Los rayos X de abdomen, tórax y serie metastásica se efectuaron en tres pacientes (respectivamente) en los que se sospechaba desde su ingreso, metástasis.

El tratamiento de tumor renal es quirúrgico, dependiendo del tipo de tumor se efectúa nefrectomía total o parcial; - al 100% de estos pacientes les fué efectuada nefrectomía total, entendiéndose por ella a la ligadura de vasos renales, eliminación de la cápsula de Gerota (con su contenido intacto), y disección de los ganglios linfáticos regionales. (3) En el Hospital General del IGSS se dio radioterapia a 8 pacientes

post-nefrectomía, y hormonoterapia a dos. En otros estudios se menciona la radioterapia en el pre-operatorio a 3,000 rads en 3 semanas y 500 antes de la intervención.

La localización del tumor según es descrito no tiene selectividad, pero sí es importante el estadio encontrado (60% de los pacientes presentaron estadio I de carcinoma de células renales) y por supuesto la localización de metástasis (9 pacientes presentaron metástasis), ambos factores influyen en la sobrevida y evolución del paciente. En este estudio la sobrevida es menor que la reportada en la literatura revisada, esto podría ser debido al estado sociocultural del paciente, el medio ambiente en que se desenvuelve o por un diagnóstico tardío (debido a la tardanza en acudir al médico). Los pacientes consultaron poco, no acudieron a sus citas, y de los citados para evaluar sobrevida solo acudió uno.

NOTA: en las estadísticas totales en los años 1973-1984 no pudieron localizarse las correspondientes a 1981; por lo que en la cifra anotada (83,095) no va incluido este año. Además no pudo establecerse cantidades parciales de población masculina y femenina, por contener dichas estadísticas solo datos globales.

CONCLUSIONES:

1. Las edades comprendidas entre la quinta y sexta décadas fueron las más afectadas por los tumores renales.

2. El carcinoma de células renales, se presenta en este estudio de 13:1 en relación hombre: mujer.

3. Desde que se efectuó el diagnóstico de tumor renal al tratamiento, transcurrió un breve período de tiempo (25-30 días), lo que evidencia un diagnóstico adecuado.

4. El estudio simple de orina (con el hallazgo de hematuria) demostró ser el más constante en el diagnóstico de tumores renales.

5. La sobrevida de los pacientes reportados en este estudio (1 año promedio) es menor que la demostrada en estadísticas de otros países, esto se debe a:

   a) La poca colaboración de los pacientes al no acudir a sus citas y tratamiento.

   b) La situación sociocultural de los pacientes incide en la poca colaboración en su tratamiento en general.

RECOMENDACIONES

1. Además de la Historia y Examen Físico, tomar muy en cuenta, como parte primordial en el diagnóstico de tumor renal, el examen de ORINA SIMPLE. Ya que a través de este examen -Orina Simple- se evalúa la hematuria micro y macroscópica. El 90% de casos en estadísticas extranjeras y el 73% en nuestro estudio ha demostrado que este examen es esencial para efectuar diagnóstico.

2. Se recomienda la elaboración de protocolos de estudio y tratamiento, para unificar criterios en el manejo en tumores del riñón.

RESUMEN:

En el Hospital General del IGSS, durante los años de 1973 a 1984 se presentaron y estudiaron quince casos de tumores del riñón.

Los resultados obtenidos nos demuestran que la clasificación histológica más frecuente fue el Carcinoma de Células Renales, con 14 pacientes (93.3%) y un paciente con Tumor Epitelial de Pelvis Renal. El 60% de los casos de carcinoma lo constituyó el estadio uno.

La técnica diagnóstica más usada fue la pielografía IV y la arteriografía con venocavografía. El tratamiento en su totalidad fue quirúrgico, con nefrectomía total, el tiempo de sobrevida (7 pacientes fallecidos, dos vivos, 6 con domicilio desconocido) fue en promedio de 1 año para los fallecidos y de 3 años para los dos pacientes que se encuentran vivos.

El tratamiento es similar a los reportados en literatura revisada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Axelrod, R. et al. Primary osteosarcoma of the kidney. Cancer 1978 Feb; 41(2):724-727

2. Beenson, P. y W. McDermontt. Tumores renales. En su: Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. 14 ed. México, Interamericana, 1979. Vol 2 (pp. 1395-1397)

3. Brenner, B. and F. Rector. Renal neoplasia. In their: The kidney. Philadelphia, Saunders, 1976. t.2 (pp. 1395-1418)

4. Brosman, S. Tumors of the kidney and urinary tract. In: Massry, S. and R. Glassock. Textbook of nephrology. Baltimore, Williams and Wilkins, 1984. t.2 (pp. 6.283-6.295)

5. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. 11 ed. Barcelona, Salvat, 1977. 1073pp. (pp. 681, 990, 1018)

6. DeKernion, J. et al. The diagnosis and treatament of renal cell carcinoma. Cancer 1980 Apr 15; 45(7):1947-1956

7. Ham, A. Aparato urinario. En su: Tratado de histología. 7 ed. México, Interamericana, 1975. 935pp. (pp. 699-721)

8. Hughes, F. y H. Schenone. Tumores del riñón. En su: Urología práctica. Buenos Aires, Intermédica, 1971. 1167 pp. (pp. 455-487)

9. Mehmet, F. et al. Cancer and the kidney: renal complications of neoplasms. Am J Med 1981 Oct; 71(4):704-718

10. Mostofi, F. Tipos histológicos de tumores del riñón. En: Clasificación histológica de tumores. Ginebra, OMS, 1981. Vol 25 (pp. 9-24)

11. Murphy, G. The diagnosis and detection of urogenital cancer. Cancer 1981 March 1; 47(5):1193-1199

12. Murphy, W. et al. Primary carcinoma in situ of renal pelvis and ureter. Cancer 1974 Oct; 34(4):1126-1130

13. Quiroz, F. Aparato urinario. En su: Anatomía humana. 6 ed. México, Porrua, 1970. t.3 (pp. 213-236)

14. Robbins, S. Riñón. En su: Patología estructural y funcional. México, Interamericana, 1975. 1516pp. (pp. 1040-1044, 1100-1104)

15. Rouviere, H. Organos intraabdominales del aparato urinario. En su: Compendio de anatomía y disección. 3a ed. Barcelona, Salvat, 1976. 758pp. (pp.467-478)

16. Sabiston, D. Enfermedades del riñón y ureter. En su: Tratado de patología quirúrgica de Davis-Christopher. 10 ed. México, Interamericana, 1974. t.2 (pp. 1460-1463)

Vo Bo

17. Sibley, R. y J. Rosai. Vias urinarias. En: Rosai, J. ed. Patología quirúrgica de Ackerman. 6 ed. Buenos Aires, Panamericana, 1983. t.1 (pp. 810-832)

18. Spivak, J. and V. Barnes. Hypernephroma. In: Manual of clinical problems in internal medicine. Boston, Little Brown, 1983. 625 pp. (pp. 521-522)

19. Waegle, D. et al. Primary carcinoma of the renal pelvis. Cancer 1974 June; 33(6):1642-1648

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

A N E X O

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. DATOS GENERALES:

   Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

   Registro No.: _____ Dirección: _____

   Oficio: _____.

2. MOTIVO DE CONSULTA: * _____

3. HISTORIA: * _____

4. ANTECEDENTES: * _____

5. EXAMEN FISICO: * _____

6. RECURSOS DIAGNOSTICOS:

   a- ácido úrico aumentado

   b- Examen simple de orina:

   c- Hematología: Hb. _____ Ht. _____ Sedimentación: _____

   d- Rx. Simple de abdomen _____

   e- Rx. simple de tórax _____

*: Solamente datos positivos a la patología investigada.

f- Pielograma _____

g- Otros _____

7. TRATAMIENTO:

a- Quirúrgico: _____ Otros: _____

8. INFORME PATOLOGICO: _____

9. FRECUENCIA ANATOMICA DEL TUMOR: _____

10. LOCALIZACION DE METASTASIS: _____

11. TRATAMIENTO DE METASTASIS: _____

12. SOBREVIDA DE PACIENTE: _____

GRADOS DE ANAPLASIA CELULAR SEGUN LA OMS:

GRADO I: Correspondiente a los tumores que presentan el menor grado de anaplasia celular compatible con un diagnóstico de malignidad.

GRADO III: Corresponde a los tumores que presentan el grado más acusado de anaplasia celular.

GRADO II: Corresponde a los tumores intermedios. Esta graduación es igualmente aplicable a los carcinomas del parénquima y a los de la pelvis renal.

CATEGORIAS RELATIVAS A LA EXTENSION LOCAL DEL CARCINOMA DE CELULAS RENALES SEGUN LA OMS:

pT1: pequeño tumor sin aumento de tamaño del riñón, Hay una pequeña deformación o distorsión de los cálices y el tumor aparece rodeado de parénquima renal.

pT2: gran tumor con deformación y/o aumento de tamaño del riñón o afección de cálices o pelvis. La continuidad de la corteza está conservada.

pT3: signos de extensión a la grasa perirrenal, a la grasa peripelveana o a los vasos renales hiliares.

pT4: signos de extensión a los órganos vecinos o a la pared abdominal.

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

Dr. Humberto Moratalla de Paz
ASESOR.

SATISFECHO:

Dr. José Barnoya.
REVISOR.

DR. JOSE BARNOYA G.
UROLOGIA

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS.

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cámbara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 5 de Octubre de 1984.-

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
U S A C
CICLO LECTIVO 1984
DECANO 82-86
Dr. Mario René Moreno Cámbara
GUATEMALA, C. A.

Los conceptos expresados en este trabajo son responsabilidad únicamente del Autor. (Reglamento de Tesis, Artículo 44).