

TUMORES DEL PARÉNQUIMA RENAL

CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES RENALES

1-Tumores benignos

- ADENOMA RENAL
- Fibroma
- Lipoma
- Mioma
- Angioma
- ANGIOMIOLIPOMA
- ONCOCITOMA
- Hemangiopericitoma yuxtaglomerular
- PATOLOGÍA QUÍSTICA RENAL

2-Tumores malignos

- ADENOCARCINOMA RENAL
- Fibrosarcoma
- Liposarcoma
- Nefroblastoma o tumor de Wilms
- Linfoblastoma
- Angioendotelioma
- Tumores secundarios y metastáticos

ADENOMA CORTICAL RENAL

Asintomáticos y menores de 2 centímetros. Se diagnostican en autopsias y de forma incidental en estudios radiológicos.

Tumores epiteliales tubulopapilares con ausencia de pleomorfismo celular.

Lesiones únicas en el 75% de los casos.

Difícil de distinguir del adenocarcinoma renal. La imagen radiológica es similar, lo que obliga a realizar cirugía (nefrectomía parcial o tumorectomía).

ANGIOMIOLIPOMA RENAL

- Compuesto de tejido adiposo maduro, músculo liso y vasos de pared gruesa.
- Deriva de células epitelioides perivasculares y su crecimiento puede ser hormono-dependiente (predominio en mujeres y después de la pubertad)
- Formas de presentación: aislado o con facomatosis (20% en la esclerosis tuberosa)

ANGIOMIOLIPOMA RENAL

- Clínica dependiente del tamaño: mayores de 4 cm tienden a sangrar.
- Diagnóstico: ecografía y TC demuestran presencia de grasa.
- Tratamiento:
 - Seguimiento anual por debajo de 4 cm.
 - Cirugía o embolización por encima de 4 cm.



SL: -46.2
St: 5

ONCOCITOMA RENAL

- 3-7% de los tumores renales
- Derivado de las células intercaladas de los conductos colectores.
- Tumores bien circunscritos con pseudocápsula y cicatriz central.
- Son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental con eco y TC. No podemos distinguirlos con seguridad del adenocarcinoma renal.
- Tratamiento:
 - Cirugía mediante nefrectomía radical o parcial.
 - Seguimiento cuando hay biopsia.

PATOLOGÍA QUÍSTICA

-QUISTE SIMPLE:

- Patología quística más frecuente.
- No deterioro de función renal ni historia familiar.
- Clínica excepcional.
- Tratamiento sí clínica: punción y quistectomía.

- OTRAS: displasia multiquística, quiste multilocular, riñón en esponja, enfermedad renal quística adquirida (diálisis), poliquistosis renal (autosómica recesiva o dominante)...

PATOLOGÍA QUÍSTICA

- **CLASIFICACIÓN DE BOSNIAK (basada en imágenes de TC):**
 - **I: quiste simple.**
 - **II: quistes con tabiques finos.**
 - **III: calcificaciones gruesas e irregulares, tabiques múltiples gruesos, nódulos o masas multolucoladas.**
 - **IV: lesiones malignas con componentes quísticos.**



ADENOCARCINOMA RENAL

EPIDEMIOLOGIA

- 90% de todos los tumores renales
- 2-3% de los tumores del adulto.
- Tercer tumor en frecuencia del aparato urinario
- Más frecuente en hombres 1,5:1
- Edad 60-70 años.
- Incidencia baja en relación con otros países pero en aumento.
- Habitat urbano.
- Tumores de incidencia familiar (Von Hippel-Lindau y cáncer de células renales papilar familiar)

ETIOLOGIA

-Derivan del TUBULO CONTORNEADO PROXIMAL.

-Factores de riesgo:

Tabaco, obesidad e hipertensión.

Insuficiencia renal terminal y riñón poliquístico del adulto.

-Medidas preventivas:

Abandono del tabaco y control del sobrepeso.

-Formas hereditarias y familiares:

Enfermedad de Von Hippel Lindau: alteración del gen VHL (3p25). Tumores múltiples y bilaterales (cel. Claras)

Tumores papilares familiares: Alteración del gen MET (7q31).

ANATOMIA PATOLOGICA

-Patrones histológicos del CCR

- *Carcinoma de células claras: 80-90%
- *Carcinoma papilar o de células basófilas: 10-15%
- *Carcinoma cromóforo: 4-5%
- *Carcinoma de los conductos colectores de Bellini: 1%
- *Carcinoma sarcomatoide o fusocelular: 1-10%

-Patrones de crecimiento del CCR

- *Sólido
- *Tubular
- *Quístico
- *Papilar

-Grado de diferenciación celular

- *4 Grados de Fuhman, considerando el tamaño del núcleo, contorno nuclear, y presencia/ausencia de nucleolo

CLASIFICACION TNM

- Tx Estadio indeterminado
- T0 Sin evidencia de tumor
- T1 Limitado a riñón menor de 7 cm limitado al riñón
 - T1a: menor de 4 cm
 - T1b: mayor de 4 cm y menor de 7
- T2 Tumor mayor de 7 cm limitado a riñón
- T3 Afectación de venas o tejidos perirrenales sin afectación de Gerota ni suprarrenal
 - T3a Afectación interior vena renal o grasa perirrenal o seno renal
 - T3b Afecta vena infradiafragmática
 - T3c Afecta cava supradiafragmática o invasión de la pared vascular
- T4 Atraviesa fascia de Gerota o glándula suprarrenal
- Nx Ganglios no evaluados
- N0 Sin metástasis ganglionares
- N1 Metástasis en un único ganglio
- N2 Metástasis en más de un ganglio
- Mx Mx no evaluadas
- M0 No evidencia de metástasis a distancia
- M1 Metástasis a distancia

FACTORES PRONOSTICOS

- Estadio Tumoral:** Se relaciona de forma importante con el pronóstico:
 - **Estadio I:** 94%
 - **Estadio II:** 74%
 - **Estadio III:** 67%
 - **Estadio IV:** 32%
- Tamaño tumoral.**
- Tipo celular:** Peor pronóstico en tumores con diferenciación sarcomatoide y mejor en el cromóforo.
- Grado de diferenciación de Furhman**
- Otros factores:** presentación sintomática, estado funcional del paciente, trombocitosis.

FORMAS DE PRESENTACION CLINICA

- INCIDENTAL (más del 50%): Lo más frecuente actualmente, ya que se diagnostican por eco o TC realizados por otros motivos.
- SINTOMAS UROLOGICOS: Dolor, hematuria y masa palpable (triada clásica), es infrecuente (6-10%).
Otros síntomas: pérdida de peso, fiebre, varicocele izquierdo, hipertensión...
- SINDROMES PARANEOPLASICOS (20-30%): Síndrome de Stauffer (disfunción no metastásica del hígado), hipercalcemia, hipertensión, policitemia.
- PRESENTACION POR LAS METASTASIS

DIAGNOSTICO/EXTENSION

1-CLINICO:

Suele diagnosticarse de forma incidental a partir de pruebas de imagen realizadas por otros motivos.

2-PRUEBAS DE LABORATORIO:

Nos ayudan de forma limitada, ya que no hay alteraciones propias del carcinoma renal, o un marcador sérico.

Puede presentarse anemia, policitema, alteración de las pruebas de función hepática, hipercalcemia...

3-RX TORAX:

Util en el estudio de extensión, nos permite determinar la presencia de metástasis pulmonares.

DIAGNOSTICO/EXTENSION

4-UROGRAFIA IV:

Podemos sospechar la presencia de una masa por la distorsión de la silueta renal o el desplazamiento de la vía excretora. Estos hallazgos deben confirmarse con eco o TC.

5-ECOGRAFIA:

Permite diferenciar lesiones quísticas y sólidas. Suele ser la primera prueba diagnóstica realizada. En caso de duda debe realizarse TC.

6-TOMOGRFÍA COMPUTERIZADA (TC)

Nos confirma el diagnóstico y estadifica el tumor, aunque con algunas limitaciones, como es la afectación ganglionar o la invasión de la cápsula renal.



DIAGNOSTICO/EXTENSION

7-RM

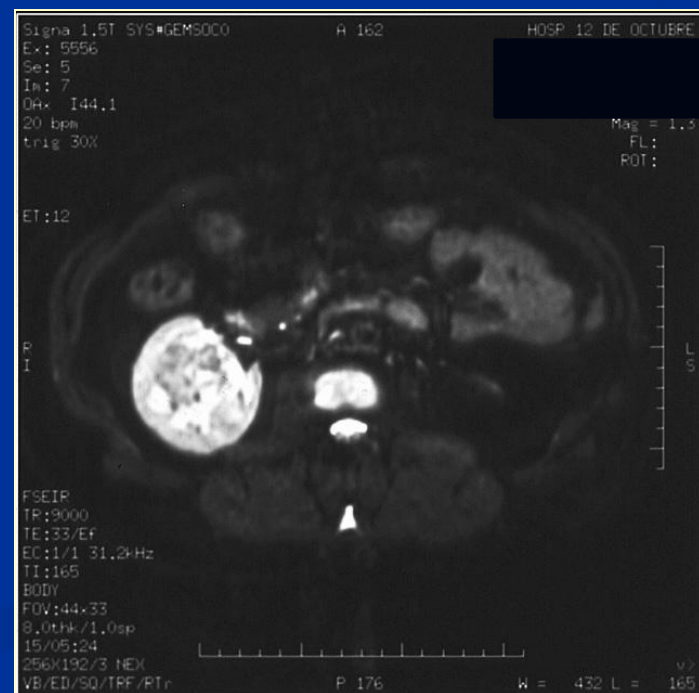
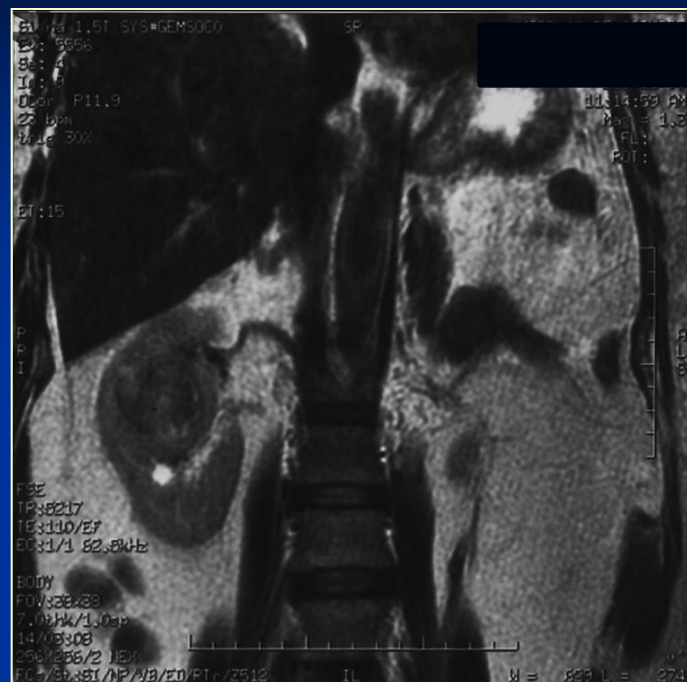
Su utilidad es limitada, ya que se reserva para definir la invasión vascular (vena renal y vena cava) y para pacientes a los que no puede realizarse TC (alérgicos a contraste).

8-GAMMAGRAFIA OSEA

Nos permite estudiar la afectación metastásica ósea.

9-ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO O TRANSTORACICO

Permite el estudio de los trombos venosos, determinando el nivel de afectación.



TRATAMIENTO

1-TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD LOCALIZADA:

■ Nefrectomía radical:

- Incluye la extirpación del riñón con la grasa perirrenal y fascia de Gerota. Ligadura precoz de arteria y vena renal.
- Indicaciones actuales:
 - Tumor localmente avanzado.
 - Imposibilidad para realizar resección parcial.
 - Mal estado del paciente.
- Adrenalectomía no indicada si las pruebas de imagen son normales.
- Linfanectomía para estadificación. No mejora la supervivencia.
- Extirpación de trombo en vena renal o cava, incluso con circulación extracorpórea.
- Abordaje abierto o laparoscópico.

TRATAMIENTO

1-TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD LOCALIZADA:

■ Nefrectomía parcial:

- Dos tipos de indicaciones: obligada o electiva.
- Obligada: tumores en riñón único o único funcionante, tumores bilaterales, deterioro de función renal.
- Electiva: tumores menores de 4 cm en los que hay menor riesgo de multicentricidad. Se propone que el límite se amplíe a 7 cm.
- Conserva función renal, lo que disminuye las complicaciones cardiovasculares a largo plazo (mejora supervivencia).
- Resultados oncológicos comparables a la nefrectomía radical.
- Abordaje abierto o laparoscópico.

TRATAMIENTO

1-TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD LOCALIZADA

- Terapias alternativas: radiofrecuencia y crioterapia.
 - Tratamientos poco agresivos, con menos morbilidad que la nefrectomía parcial o radical.
 - Indicadas en tumores de pequeño tamaño (menores de 3 cm) o en tumores múltiples (síndromes hereditarios), en los que las condiciones del paciente no le hacen subsidiario de cirugía.
 - No disponemos de anatomía patológica.
 - Seguimientos hasta ahora cortos, pero con buenos resultados.
 - Acceso percutáneo o asistido con laparoscopia.

TRATAMIENTO

2-ENFERMEDAD METASTASICA LOCALIZADA

- Extirpación de lesiones metastásicas:
 - Lesiones pulmonares siempre que se respete la capacidad respiratoria del paciente.
 - Hepáticas: mal pronóstico, aunque su extirpación puede aumentar la supervivencia.
 - Oseas: tratamiento sintomático (paliativo).
 - Suprarrenal: extirpación junto con el tumor renal. Si aparece después, puede valorarse su extirpación.

TRATAMIENTO

3-ENFERMEDAD DISEMINADA

- Inmunoterapia:

- Unico tratamiento hasta hace poco tiempo.
- Interferón e interleukina.
- Su utilización está en revisión actualmente.

- Nuevos fármacos:

- Inhibidores de mTOR (everolimus, temsirolimus).
- Inhibidores de la tirosin-kinasa(sunitinib, sorafenib, pazopanib).
- Anticuerpos antiVEGF (bevacizumab).