



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Tratamiento conservador del carcinoma de células renales en el injerto renal

R. González-López^{a,*}, G. Bueno-Serrano^a, J.J. Vázquez-Escuderos^a, J. Mayor-De Castro^b y C. González-Enguita^a

^a Servicio de Urología, Instituto de Investigaciones Sanitarias-Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^b Servicio de Urología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Recibido el 25 de febrero de 2012; aceptado el 28 de julio de 2012

Disponibile en Internet el 13 de diciembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Trasplante renal;
Nefrectomía parcial;
Carcinoma de células renales;
Criocirugía;
Ablación por radiofrecuencia

KEYWORDS

Kidney transplantation;
Partial nephrectomy;
Renal cell carcinoma;

Resumen

Contexto: Se pretende evaluar el conocimiento actual acerca del tratamiento del carcinoma de células renales (CCR) que afecta al injerto en los pacientes trasplantados de riñón.

Adquisición de evidencia: Revisión de la literatura actual basada en el análisis de los casos publicados de cirugía conservadora de nefronas en el carcinoma de células renales que afecta al injerto renal.

Síntesis de evidencia: Se han descrito 51 casos de nefrectomía parcial en injerto renal, con una supervivencia del injerto del 88% y un índice de recurrencia del 6%. La mayoría de los pacientes estaban asintomáticos al diagnóstico (75%) y el tamaño medio de las lesiones fue de 2,8 cm. La técnica más utilizada fue la enucleación. El 77% de las pautas inmunosupresoras incluían ciclosporina A. Seis pacientes fueron tratados mediante radiofrecuencia y 2 recibieron crioblación percutánea, con una supervivencia del 100% de los injertos y un único caso de recidiva, que requirió segundo tratamiento.

Conclusiones: La cirugía conservadora del parénquima renal es una opción terapéutica empleada ante CCR sobre injerto renal que consigue buen control oncológico y buena supervivencia del injerto. La modificación de la inmunosupresión con la supresión de ciclosporina A y la introducción de inhibidores de mTOR podría ser una medida adecuada en estos pacientes y merece futuras investigaciones.

© 2012 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Conservative Treatment of Renal Cell Carcinoma in Kidney Transplantation

Abstract

Purpose: To evaluate the new treatment strategies in renal cell carcinoma (RCC) that affects the graft in renal recipients.

Acquisition of evidence: A literature review is made, analyzing all the published cases of conservative surgery in renal graft RCC.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rgonzalezl@fjd.es (R. González-López).

Cryosurgery;
Radiofrequency
ablation

Synthesis of evidence: A total of 51 partial nephrectomies in renal graft patients have been described, with a graft survival rate of 88% and a recurrence rate of 6%. Most of the patients (75%) were asymptomatic at the time of diagnosis, and the mean lesion size was 2.8 cm. Enucleation was the most frequent technique employed. 77% of all immunosuppressor regimens included cyclosporine A. Six patients with graft RCC were subjected to radiofrequency ablation and two patients underwent percutaneous cryoablation, with a single case of relapse and a graft survival rate of 100%.

Conclusions: Nephron-sparing surgery is a good management option in renal graft RCC, affording good oncological control and graft survival. Modification of immunosuppression with the withdrawal of cyclosporine A and the introduction of mTOR inhibitors is an adequate measure in such patients.

© 2012 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Contexto

El carcinoma de células renales (CCR) constituye el tumor maligno sólido más frecuente en trasplantados, tras los tumores cutáneos y el carcinoma de cérvix. Con una incidencia superior en estos pacientes que en la población general (4,6% frente a 3,2%), suele afectar a los riñones nativos, presentándose en menos del 10% de los casos en el injerto. El tratamiento de elección es la nefrectomía del riñón nativo, aunque en los últimos años se han descrito diferentes modalidades de cirugía conservadora de nefronas o tratamientos alternativos en los tumores que afectan al injerto. La introducción de inhibidores de la mTOR en las pautas inmunosupresoras de estos pacientes es una medida cada vez más habitual tras el tratamiento quirúrgico. Analizamos el papel de las nuevas modalidades terapéuticas en el CCR que afecta al injerto.

Adquisición de evidencia

Realizamos una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed. Se analizaron todos aquellos artículos en los que el tratamiento del CCR del injerto se realizó mediante una técnica conservadora de nefronas. Se estudiaron los datos relativos a los casos descritos, dividiendo los resultados en 3 grupos: nefrectomía parcial, ablación con radiofrecuencia (ARF) y crioblación percutánea. Se realizó un análisis descriptivo de los mismos.

Síntesis de evidencia

El tratamiento del CCR que afecta al injerto ha consistido, clásicamente, en la nefrectomía del trasplante, lo que condiciona una disminución importante de la calidad de vida de los pacientes, debido a la necesidad de diálisis tras la cirugía. En los últimos años, los avances en la cirugía conservadora de nefronas y las técnicas mínimamente invasivas han facilitado su aplicación en la enfermedad tumoral del injerto. Hasta el momento existen 51 casos descritos en la literatura internacional de cirugía parcial del injerto, 6 casos de ARF y 2 casos de crioblación percutánea.

Nefrectomía parcial

Tras realizarse la primera intervención en 1992 por Feldman y Jacobs¹, se han descrito 51 casos de cirugía conservadora

de nefronas sobre el injerto renal (tabla 1)¹⁻³². En la mayoría de los casos se realizó extirpación de la masa (66%).

El resultado anatomopatológico fue de CCR en el 86,3% de los casos, en el 4% oncocitoma, en el 6% angiomiolipoma y en el 3,7% no se especificó. De las lesiones malignas, el subtipo más frecuente fue el de carcinoma de células claras (41%), seguido por la estirpe papilar (29%) y de los conductos colectores (7%). En el 23% restante no se especificó la estirpe. El diagnóstico se realizó una media de 10 años tras el implante. En la mayoría de los casos (75%) los tumores se detectaron de forma incidental durante el control ecográfico rutinario del injerto. El resto de los pacientes presentaron diferentes síntomas (elevación de creatinina basal, microhematuria, dolor), que motivaron la realización de pruebas de imagen que condujeron al diagnóstico. En 2 pacientes (4%) se detectó la lesión durante el trasplante. En uno de ellos²³ se realizó la extirpación de un quiste de mediano tamaño en la cirugía de banco durante la realización de un trasplante de donante vivo, detectándose CCR en la pared de este y realizándose la nefrectomía polar 2 semanas después de la primera cirugía. En el otro⁷ se detectó una masa sólida de 1 cm durante la cirugía de banco, se procedió a su extirpación y, tras el consentimiento del paciente, se realizó el implante del injerto.

El tamaño medio de la lesión fue de 2,8 cm, con una variabilidad entre los 0,7 y los 9 cm. En 3 pacientes se detectaron 2 tumores sincrónicos en el injerto^{1,4,28}, que fueron extirpados durante la misma intervención quirúrgica. En el 16,3% de los casos^{9,12,14,15,21,23} se utilizó la ecografía de forma intraoperatoria para confirmar la localización de la lesión y delimitar sus márgenes; en el resto (83,7%) se prescindió de ella, ya que en la mayoría de los casos se trataba de lesiones exofíticas y bien delimitadas macroscópicamente. En 3 de los pacientes se utilizó el bisturí armónico durante la intervención quirúrgica, siendo destacada por los autores su contribución en la disminución del sangrado del lecho y la mejor definición del plano quirúrgico^{21,26}.

En el seguimiento de los pacientes se utilizaron diversas técnicas de imagen. En el 23,5% se llevó a cabo mediante tomografía computarizada (TC), en un 21,5% mediante la asociación de ecografía y resonancia magnética nuclear (RMN) y en un 19,5% exclusivamente con ecografía. En 18 casos (35,5%) no se especificó la técnica. La mayor parte de los centros realizaban un control al mes del tratamiento y posteriormente cada 3-6 meses durante los primeros años, hasta hacerse anual transcurridos más de 3-5 años de la intervención.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3843544>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3843544>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)