

## NEFRECTOMIA PARCIAL POR CARCINOMA \*

A. PUIGVERT  
(Académico Numerario)

### RESUMEN

La Nefrectomía Parcial no ha sido prologada en los tumores del riñón; su indicación es en los parenquimatosos y obligada en monorrenos. La experiencia que aquí se presenta por su número (21) y los resultados comparativos con la cirugía radical seguida durante 46 años en un mismo Centro, da mayor valor a este estudio y alienta su práctica razonada cuando es posible y qué decir obligada en los pacientes monorrenos.

### LOS ANTECEDENTES

En el año 1975 ha cumplido un siglo que Langenbuch practicó la primera nefrectomía lumbar por tumor en una mujer tras lo cual quedó instituida la nefrectomía para el tratamiento de los tumores renales. En 1908 Albarran e Imbert en su libro «Tumeur du Rein» revisaron 466 casos de tumores de riñón, de éstos 413 del parénquima, a los que se habían practi-

cado 381 la nefrectomía total y sólo en 7 enfermos fue extirpado el tumor y conservado el resto del riñón, lo que representa menos del 2 %, cifra que en el presente estudio se eleva al 6,7 %. En aquella estadística estaba incluida la primera nefrectomía par-

CUADRO 1  
TUMORES MALIGNOS APARATO  
URINARIO SUP.  
(1928-1975)

TOTAL CASOS . . . . .	602 (0,48 % s/ 145.000 H.C.)
PARENQUIMA . . . . .	322 (53,5 %)
VIAS . . . . .	196 (32,5 %)
INEXTIRPABLES . . . . .	84 (13,9 %)

cial practicada por Czerny que en 1887 extirpó un tumor sarcomatoso de un riñón. A pesar de aquella publicación, la extirpación de la lesión neoplásica conservando el resto del riñón no se ha prologado, lo cual justifica la publicación de 21 N.P. y su comparación con la N.T. practicada en el mismo período por igual lesión.

\* Sesión del día 9 - III - 76.

## LOS FUNDAMENTOS

El tratamiento habitual de un tumor renal originario del parénquima con independencia de su volumen, consiste en la extirpación de todo el órgano. A la «Nefrectomía ampliada» con exéresis de la grasa envolvente, algunos la completan con la extirpación rutinaria de la suprarrenal, ganglios periaórticos e ilíacos y cuando existen trombos venosos su extracción de la vena renal hasta la vena cava inclusive. Cuando aparecen signos de expansión tumoral cualquier proceder está condenado al fracaso.

Por el contrario, ciertas condiciones del tumor, dependientes de su morfología, limitación y situación hacen posible extirpar la lesión y conservar el resto indemne del riñón. Esta posibili-

CUADRO 2  
TUMORES MALIGNOS DE  
PARENQUIMA RENAL  
(1928-1975)

CASOS OPERADOS . . . . . 322

<i>Cirugía radical</i> . . . . .	301 (93,1 %)
— Nefrect. total . . . . .	289
— Nefroureterectomía . . . . .	12
<i>Cirugía conservadora</i> . . . . .	21 (6,7 %)
— Nefrect. parcial . . . . .	21

dad que en ciertos casos es obligada, como ocurre en los monorrenos, aporta resultados que confirman su utilidad en circunstancias especiales.

## MATERIAL

El presente trabajo se basa en el análisis de 602 casos de tumores renales archivados en el Instituto de Urología, así distribuidos: 322 tumores del parénquima renal, 280 originarios del urotelio que afectaban al riñón y 84 que al no ser operados o desaparecidos de nuestro control imposibilitó identificar la exacta procedencia del tumor descubierto por los exámenes iniciales (Cuadro 1).

Entre los operados por tnr. del parénquima, en 21 enfermos fue extirpada la lesión tumoral y conservado el resto del riñón cual representa el 6,7 % de los operados por esta lesión lo que demuestra la limitación de este proceder terapéutico. Dado que el presente estudio se refiere a los nefroblastomas han sido eludidos 35 operados por tnr. del urotelio mediante cirugía conservadora, a 2 de los cuales fue practicada la Nefrectomía Parcial con mal resultado en ambos casos.

## METODO

Establecido el diagnóstico de tumor renal, según las condiciones morfo-topográficas de la lesión, se puede plantear el propósito de la N.P., para lo cual además del informe urográfico que muestre la buena función de la porción renal indemne de tumor que se pretende conservar más la permeabilidad de la vía excretora, es necesario el mapa angiográfico del riñón

CUADRO 3  
**TUMORES MALIGNOS DEL PARENQUIMA RENAL**  
**(1928-1975)**

RESULTADOS (Control: Enero 1976)

CIRUGIA RADICAL . . . . .	301 (93,1 %)	CIRUGIA CONSERVA- DORA . . . . .	21 (6,7 %)
SUPERVIVENCIA . . . . .	76 (25,2 %)	SUPERVIVENCIA . . . . .	10 (47,6 %)
EXITUS . . . . .	165 (54,7 %)	EXITUS ** . . . . .	8 (38 %)
SIN CONTROL . . . . .	60 (19,9 %)	SIN CONTROL . . . . .	3 (14,1 %)

\*\* DOS MONORRENOS.

para mejor conocimiento de la lesión, relación con la glándula y distribución vascular, todo lo cual condiciona la propuesta exéresis de la lesión tumoral.

La renografía mediante isótopos aporta escasa información para el fin propuesto; solamente cuando la renografía muestra lagunas de irregular condensación reveladoras de la diseminación parenquimatososa del tumor, la N.P. está contraindicada.

Asimismo, la cavografía cuando muestra la expansión intravenosa de la lesión, signo siempre de mal pronóstico, contraindica la Nefrectomía Parcial.

Condicionamientos de obligada necesidad (monorrenia), a pesar de la propagación endo-vascular, será justificado intentar la exéresis limitada de la lesión con la espera de interrumpir la evolución de la enfermedad local.

### INDICACIONES

La N.P., puede ser practicada en los tumores originarios del parénquima

renal, circunscritos o encapsulados cuyas condiciones anatómo-topográficas lo permitan. En monorrenos, la N.P., será obligada y decidida en el acto operatorio. Igualmente si el otro riñón *no* neoplásico es «minivalente» será propuesta la N.P. dado que en esta circunstancia la conservación de la masa glomerular funcionante del riñón neoplásico suele ser vital para el individuo.

Son a destacar circunstancias anatómicas concurrentes en ciertos tumores del riñón que por sus características facilitan la N.P. Se trata de tumores de configuración quística cuya cápsula facilita el desprendimiento del tumor de su asiento renal mediante simple enucleación. La exéresis de estos tumores aporta excelentes resultados pues la función del resto del riñón no se altera. Son tumores morfológicamente y originariamente quísticos cuya cápsula envolvente no ha sido traspasada por la lesión con lo cual no se ha producido la expansión tumoral de estructura superponible al carcinoma de Grawitz, está acompañada de líquido sero-hemático y frecuentemente

CUADRO 4  
TUMORES MALIGNOS DEL PARENQUIMA RENAL  
(1928-1975)

EXITUS (Enero 1976)

NEFRECTOMIA TOTAL		NEFRECTOMIA PARCIAL	
TOTAL . . . . .	301 (93,1 %)	PARCIAL . . . . .	21 (6,7 %)
— Exitus . . . . .	165 (54,7 %)	— Exitus . . . . .	8 (38 %)
Inmediatos . . . . .	38 (12,6 %)	Inmediatos . . . . .	1 (4,7 %)
Metástasis . . . . .	105 (34,8 %)	Metástasis . . . . .	5 (23,8 %)
— 1 año . . . . .	38	— 1 año . . . . .	—
+ 1 año . . . . .	22	+ 1 año . . . . .	1*
+ 2 años . . . . .	20	+ 2 años . . . . .	—
+ 3 años . . . . .	4	+ 3 años . . . . .	—
+ 4 años . . . . .	4	+ 4 años . . . . .	—
+ 5 años . . . . .	9	+ 5 años . . . . .	2*
	97 (32,2 %)		3 (14,2 %)
+ 10 años . . . . .	5	+ 10 años . . . . .	1
+ 15 años . . . . .	1	+ 15 años . . . . .	1
+ 20 años . . . . .	2	+ 20 años . . . . .	—
	8 (2,6 %)		2 (9,5 %)
Otras causas . . . . .	13 (4,3 %)	Otras causas . . . . .	—
Causa ignorada . . . . .	9 (2,9 %)	Causa ignorada . . . . .	2 (9,5 %)

\* UN MONORRENO.

coágulos. La pared externa de estos tumores es lisa de consistencia fibrosa, lo cual facilita el despegamiento de la tumoración del parénquima renal en que asienta. En la superficie interna de la pared quística proliferan masas papiliformes y nodulares procedentes del endotelio de revestimiento que se origina el desarrollo tumoral.

A pesar de que en algún caso estos quistes por el citado desarrollo del endotelio de revestimiento pueden presentar el aspecto angiográfico propio de tumor sólido, la fácil enucleación operatoria induce la conservación del riñón y sus resultados justifican este proceder.

No se puede soslayar que la extirpación del riñón tumoral constituye un

tratamiento sintomático dada la ignorancia etiológica de la lesión y el desconocimiento inicial de expansión de la misma. Esto explica las recidivas inmediatas así como las tardías a la extirpación del riñón con sus envolturas, en que aparece una nueva lesión neoplásica en el aparato urinario o en otro órgano, exponentes de la persistencia de la enfermedad neoplásica a pesar de haber sido extirpado un signo morfológico aparentemente único o primitivo en el riñón.

### TECNICA

La N.P., por tumor sigue las directrices técnicas de esta operación para otras lesiones (Tbs., Lts., etc.).

**CUADRO 5**  
**TUMORES MALIGNOS DEL PARENQUIMA RENAL**  
**(1928-1975)**

SUPERVIVENCIA (Control: Enero 1976)

CIRUGIA RADICAL . . . . . 301 casos — Superviv. . . . . 76 (25,2 %)	CIRUGIA CONSERVADORA . . . . . 21 casos — Superviv. . . . . 10 (47,6 %)
— 1 año . . . . . 15	— 1 año . . . . . —
+ 1 año . . . . . 6	+ 1 año . . . . . 1
+ 2 años . . . . . 8	+ 2 años . . . . . 1
+ 3 años . . . . . 11	+ 3 años . . . . . —
+ 4 años . . . . . 5	+ 4 años . . . . . 1
+ 5 años . . . . . 16	+ 5 años . . . . . 3
<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
61 (20,2 %)	6 (28,5 %)
+ 10 años . . . . . 8	+ 10 años . . . . . 2
+ 15 años . . . . . 4	+ 15 años . . . . . 1
+ 20 años . . . . . 2	+ 20 años . . . . . 1
+ 25 años . . . . . 1	+ 25 años . . . . . —
<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>
15 (5 %)	4 (19 %)

Tras correcta y meticulosa exteriorización del riñón con el menor manoseo posible, será comprobada la topografía y limitación de la lesión que confirme la posibilidad de ser extirpada. Serán examinados los elementos hiliares del riñón en busca de posibles adenopatías, al igual que la existencia de mamelón neoplásico intravenoso. En estas circunstancias, la N.P. está contraindicada salvo en caso de monorrenia que será obligada.

Confirmada la limitación de la lesión, serán identificados los vasos arteriales y venosos de la misma, para lo cual la A.R.S., presta singular ayuda; a continuación estos vasos serán ligados independientemente para seguir con la extirpación.

Los tumores encapsulados o quísticos el despegamiento del tumor de su coalescencia renal suele ser muy fá-

cil. A tal fin se practica una pequeña incisión sobre la cápsula propia del riñón en el borde del parénquima inmediato al tumor y por este ojal inicial se procede al despegamiento de la masa tumoral de su asiento renal. Si tras la enucleación sangra algún pequeño vaso del parénquima será ligado por transfijión con un fino catgut y luego la superficie cruenta del riñón será cubierta con un colgajo pediculado de la propia cápsula adiposa perirrenal, tras lo cual el riñón es reintegrado a su celda.

Cuando la enucleación del tumor no es posible se procede a la sección del parénquima inmediato a la lesión y la superficie cruenta del riñón reparada como de costumbre.

Finalizada la extirpación y comprobada la hemostasia, el riñón es reintegrado a la celda lumbar y se coloca

un drenaje en su proximidad; a continuación la pared es suturada como se acostumbra.

## RESULTADOS

Si bien la primitiva mortalidad operatoria de la N.T. por Tmr., ha disminuido extraordinariamente —en la estadística del Instituto de Urología alcanza el 13,2 %, dado que el post-operatorio se prolonga a un mes—, la curación a 5 años de la N.T. es el 22,3 % y a 25 años el 5,5 %. Esta supervivencia está supeditada a la prontitud del diagnóstico y extirpación del riñón antes de producirse la expansión extrarrenal, desconocida en su inicio y dudosa mientras no sea confirmada en sentido positivo en el propio acto operatorio.

La metástasis —pulmonar la más frecuente, y la recidiva ganglionar local la menos—, puede aparecer a poco de extirpado el riñón o años después. Esta complicación ha sido constatada en el 31 % de los operados de N.T. y sólo en el 19 % por N.P. La mayor incidencia es que la N.T. se realiza en cuanto sea posible la extirpación del riñón con el tumor, incluso aquellos en que el acto operatorio descubre la invasión perirrenal ganglionar o endovenosa, circunstancias que proscriben la N.P., pues ésta exige la ausencia objetiva de signos expansivos y por lo tanto las recidivas y metástasis son menores.

Si bien la irradiación pre-operatoria de los tumores de gran tamaño, puede

facilitar la extirpación sin mejorar los resultados, la irradiación subsiguiente a la nefrectomía es de dudosa efectividad. Cuando aquélla se practica y no recidiva la enfermedad, la duda se plantea entre la acción de la terapéutica física o que la propia enfermedad periclitó.

Una observación entre muchas justifica meditar acerca la acción de la radioterapia en estos pacientes. Un hombre de 46 años (1946) fue operado de nefrectomía por tumor de Grawitz circunscrito a una pirámide del polo inferior. A continuación recibió tratamiento radioterápico (4.000 rd) en la celda lumbar que toleró bien. A los 70 años operado de colecistectomía, presentó retención de orina que obligó ser operado de prostatectomía extirpando un tumor adenomatoso de 30 grs. en el cual sólo se descubrieron focos de hiperplasia atípica. En el examen operatorio de la cavidad vesical, el meato ureteral del R. extirpado, no reveló signo patológico.

Dos años más tarde, a los 72 años, este paciente presentó hematuria total, indolora, caprichosa con algún pequeño coágulo y el examen citológico de la orina descubrió elementos epiteliales sospechosos de malignidad, que no habían sido observados antes ni después de la prostatectomía. La cistoscopia reveló el vértice trigonal —correspondiente al riñón extirpado en 1946—, elevado cual un pequeño dedo de guante sin alterar la mucosa vesical y por el meato ureteral rezumaba sangre; el resto de la vejiga era normal.

El paciente no accedió a una nueva intervención para extirpar el muñón ureteral y meses después falleció con signos de metástasis neoplásica hepática y pulmonar sin otro transtorno urinario que esporádicas y bien toleradas pequeñas hematurias indoloras.

Es a destacar el tiempo transcurrido (27 años) desde que fue extirpado el tumor renal e irradiada la región lumbar y la aparición del tumor ureteral. ¿Las circunstancias neoplásicas del individuo repitieron 27 años después de extirpada la primera lesión o persistieron latentes?

En la actualidad, que la acción de las drogas antimetabólicas es poco satisfactoria si bien algún autor ha observado fugaces mejoras en las metástasis y el tratamiento hormonal (progesterona y testosterona) por su actividad bivalente no es aconsejable, los resultados de la exéresis del tumor conservando el resto del riñón, proceder obligado en monorrenos, justifica su práctica cuanto la morfo-topografía de la lesión lo permita en pacientes birrenos.

Acaso ante tal propósito es a considerar en estos casos el uso de antimetabólicos a partir del pre-operatorio con el fin de impedir la diseminación celular neoplásica que el manoseo operatorio del riñón pueda provocar.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio han sido revisados los 602 casos recogidos en el Instituto de Urología hasta 1975 de los

cuales han sido operados 322 enfermos.

Todo ello se resume en el Cuadro 2; los 322 operados se desglosan en 301 de N.T. y 21 de N.P. La supervivencia de la N.T., es del 25,2 % y en la N.P. el 41,6 %; la mortalidad, 54,7 % para la N.T. y 38 % para la N.P. Estas cifras merecen su análisis.

La mortalidad (Cuadros 3 y 7) de la N.T. comprende el 34,8 % por metástasis, lo cual no sorprende dado que en algunas nefrectomías se comprobó la existencia de adenopatías y en otras mamelones endovenosos. En cuanto a la N.P., las metástasis en 3 operados representa el 23 %; en un enfermo la recidiva se produjo en el resto del riñón a los 7 años de la N.P., otro a los 7 años por metástasis hepática y el tercero a los 13 meses por supuesta metástasis cerebral (Cuadro 5).

¿A qué se debe esta diferencia?; la única explicación está en la precocidad terapéutica. En cuanto a la mortalidad inmediata igualmente significativa, 12,6 % para la N.T. y 4,7 % para la N.P., se debe a la misma razón.

La supervivencia a cinco años para los dos procedimientos es del 20,2 % y 28,5 % respectivamente, luego la supervivencia cambia más pues en la N.T. es del 5 % y en la N.P. alcanza el 19 %. Esto permite aceptar que superada la mortalidad por metástasis, más elevada en la N.T., y su descubrimiento operatorio proscriba la N.P.; sobrepasado este riesgo, la supervivencia en ambos procedimientos mejora en la N.P. (Cuadros 5 y 6).

Por último, merced a la N.P., el paciente conserva una masa de parénquima renal que incluso puede permitir la exéresis del otro riñón si ello se planteara. Esta consideración justifica proseguir el presente ensayo.

**CUADRO 6**  
**TUMORES MALIGNOS DE PARENQUIMA RENAL**  
**(1928-1975)**

**CIRUGIA CONSERVADORA**  
**SUPERVIVENCIA (Control: Enero 1976)**

Oper. IX-55 . . . . .	bien a 20 años y 2 meses
Oper. VII-57 . . . . .	bien a 18 años y 6 meses
Oper. XI-63 . . . . .	bien a 13 años y 2 meses
Oper. VIII-64 . . . . .	bien a 11 años y 5 meses
Oper. VIII-66 . . . . .	bien a 9 años y 5 meses
Oper. VII-68 . . . . .	bien a 7 años y 5 meses
Oper. I-69 . . . . .	bien a 7 años
Oper. IX-71 . . . . .	bien a 4 años
Oper. X-73 . . . . .	bien a 2 años y 2 meses
Oper. X-74 . . . . .	bien a 1 año y 2 meses
<i>Sin nuevo control</i>	
Oper. III-46 . . . . .	bien a 3 años y 9 meses
Oper. IX-67 . . . . .	bien a 5 meses
Oper. XI-67 . . . . .	bien a 6 años y 2 meses

**CUADRO 7**  
**TUMORES MALIGNOS DE PARENQUIMA RENAL**  
**(1928-1975)**

**CIRUGIA CONSERVADORA**  
**EXITUS (Control: Enero 1976)**

Oper. VIII-51 a los 18 años . . . . .	por HEPATITIS
Oper. VIII-47 a los 10 años . . . . .	por ICTUS
Oper. III-55 a los 7 años . . . . .	por RECIDIVA IN SITU*
Oper. VI-56 a los 7 años . . . . .	por CAUSA IGNORADA
Oper. III-57 a los 7 años . . . . .	por METASTASIS HEPATICA
Oper. XII-63 a los 5 años . . . . .	por CAUSA IGNORADA
Oper. I-64 a los 13 meses . . . . .	por METASTASIS CEREBRAL*
Oper. III-69 a los 4 días . . . . .	por COMA DIABETICO

\* MONORRENO.

*Discusión.* — Intervienen los doctores A. Caralps Massó y M. Carreras Roca para glosar la importancia de lo manifestado, en tanto que cirujano de tórax y ginecólogo, respectivamente.

El disertante agradece la conformidad en las opiniones sustentadas.