



Hipernefroma en la atención primaria de salud

Autores: Harold Domínguez Valdivia ¹, José de la Concepción Domínguez Pérez ², Yuleixi Pérez Vera ³, Ruben Carlos Mayo Márquez ⁴, Keidis López Borroto ⁵

¹ Médico, residente de primer año de Urología, Hospital General Morón

² Médico, especialista en Urología, Hospital General Morón

³ Médico general, Policlínico Norte Morón

⁴ Médico, especialista 2do grado MGI. PA. Profesor del Instituto Superior Técnico Militar, Luanda. Angola.

⁵ Esp.1er grado en MGI e Imagenología, Hospital Antonio Luaces Iraola, Ciego de Ávila.

Resumen

Introducción: el carcinoma renal representa el 3 % del total de tumores en los adultos, siendo el de células claras el más frecuente (70-80 %). En el 2019, 4002 murieron en la provincia Ciego de Ávila por tumores malignos. Objetivo: realizar una revisión bibliográfica sobre el hipernefroma, epidemiología, vinculado con la atención primaria de salud como escenario básico en la atención a estos pacientes. Método: para la revisión se usaron diferentes fuentes primarias de información. Se emplearon métodos de investigación del nivel teórico, entre ellos el análisis-síntesis, la inducción-deducción, el histórico-lógico; de nivel empírico se utilizó la observación y la revisión de documentos. Resultados: el hipernefroma es un cáncer que se presenta con relativa frecuencia, a partir de los 50 años de edad, cuyas manifestaciones habituales están dadas por tumoración abdominal palpable y dolorosa, acompañada de hematuria y síntomas generales y que los radiológicos y ultrasonido, permiten confirmar su diagnóstico, aunque, en la mayoría de los casos, en etapas tardías o avanzadas de su crecimiento. Conclusiones: la cirugía es el único tratamiento con oportunidad de cura en cáncer renal. El pronóstico de vida de estos pacientes es cercano a los 5 años. La atención primaria de salud juega un papel fundamental en la pesquisa de riesgos, diagnóstico y seguimiento y rehabilitación de estos pacientes.

Palabras clave: HIPERNEFROMA/ ATENCIÓN PRIMARIA; CARCINOMA RENAL; PRONOSTICO; CIRUGÍA.



Introducción

Los tumores malignos del riñón son relativamente frecuentes en nuestro medio.¹ Bottiger expresa que por cada cáncer renal se pueden encontrar cuatro neoplasias gástricas y 10 en pulmón; pero es superado por los localizados en próstata y vejiga. La mayor incidencia radica en los países del norte de Europa y la menor en Japón, España y América Latina.²

La diseminación metastásica se realiza fundamentalmente por vía hematógena; puede seguir la retrógrada, a través de las venas genitales y con menor frecuencia la linfática.³

Los cánceres renales son un grupo heterogéneo de neoplasias, en su mayor parte malignas.⁴

El carcinoma renal representa el 3 % del total de tumores en los adultos, siendo el de células claras el más frecuente (70-80 %). Se caracteriza por ser un tumor muy vascularizado, con una progresión clínica impredecible y un alto potencial metastásico a sitios infrecuentes.⁵

Antiguamente denominado hipernefroma, adenocarcinoma renal o tumor de Grawitz, es un carcinoma que se origina en las células epiteliales del túbulo renal.⁶

La incidencia anual del carcinoma de células renales sigue en aumento y en los Estados Unidos comprende unos 36 000 casos al año, que culminan en 12 500 fallecimientos. En ese país desde 1950 se ha producido un aumento en la incidencia del carcinoma renal de 126 % y de la mortalidad anual del 36,5 %.⁴

Más de 40 % de los pacientes con carcinoma renal mueren como consecuencia del cáncer, en contraste con aproximadamente 20 % de aquellos con cáncer de vejiga o próstata. En general, durante los dos últimos decenios y hasta hace poco se ha producido un incremento anual próximo al 2 % de la incidencia en todo el mundo.^{7, 8}

En España, la incidencia es de 5-9 por 100 000 habitantes; cada año aparecen 3 000-3 500 casos nuevos. La razón varones/mujeres es de 2:1. Su máxima incidencia se produce entre los 50-70 años, si bien puede aparecer a partir de los 35 años hasta la edad senil.⁶

A nivel mundial se plantea una incidencia de 209 a 270 mil casos anuales y entre 102 y 116 mil muertes por año según los diferentes autores.^{5,6} Su incidencia se ha incrementado en los últimos años a razón de un 1 % anual y



paradójicamente su mortalidad ha decrecido. En Estados Unidos se reporta 65 mil nuevos casos y 13 mil muertes al año.^{8,9}

En Cuba en un estudio realizado en Granma dio que de 372 pacientes, con diagnóstico de algún tipo de tumor renal, la edad media de los pacientes fue de 62,6 años en un rango de 39 a 86 años. Estos tumores fueron más frecuentes en el sexo masculino (63,97 %) y el tabaquismo fue el factor de riesgo más detectado (51,34 %) y el diagnóstico fue incidental en el 80,91 % de los pacientes.¹⁰

Según el anuario estadístico de la salud en Cuba en el año 2019 existieron en el país 109085 defunciones, con una tasa de mortalidad general de 9,7 por cada 100 000 habitantes, pero de las enfermedades crónicas no trasmisible la tasa fue de 791,9 por cada 100 000 habitantes. Los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en el país con una tasa de 223,0 lo que representa el 47,5 % del total de defunciones en el año 2019, pero en Ciego de Ávila constituye la primera causa de muerte. En ese año 4002 murieron en la provincia Ciego de Ávila por tumores malignos. Las muertes asociadas a enfermedades gromerulares y renales en el 2019 fueron 1243 pacientes en el país una tasa de 11,1 siendo más frecuentes en hombres.¹¹

Los factores de riesgo asociados al carcinoma de células renales incluyen el tabaquismo, la obesidad, la hipertensión y el consumo de diuréticos. En los fumadores existe un fenómeno dosis-respuesta, tanto en varones como en mujeres; el riesgo puede reducirse unos 20 años después de abandonar el hábito.⁴

El riesgo también aumenta en los individuos que tienen enfermedad quística adquirida de los riñones, nefropatía terminal, esclerosis tuberosa y en los tratados con psicolépticos. Casi todos los casos son esporádicos, aunque se han señalado formas familiares. Una de tales formas es la vinculada con el síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL), que predispone a la aparición de carcinomas de células renales, hemangiomas retinianos, hemangioblastomas de médula espinal y cerebelo, y feocromocitomas. Cerca del 35 % de los sujetos con enfermedad de VHL terminan por presentar cáncer de células renales. En los parientes de primer grado se ha señalado una mayor incidencia del problema. También se asocia a malformaciones renales como el riñón en herradura y la ectopia renal.^{4,6}

El hipernefroma ha sido llamado el tumor del internista, por lo variado de sus síntomas y por lo difícil que a veces resulta su diagnóstico. Puede permanecer asintomático y en ocasiones se comprueba cuando da metástasis; en otras, puede alcanzar



volumen masivo sin ofrecer síntomas. Los tumores malignos primitivos del riñón se originan en las células tubulares (hipernefroma), tejido conectivo (sarcoma) y embrionarias (Wllms). A todos se les llama, recientemente, carcinoma renal. Fue Birshch-Hirschfeld, quien denominó a este tipo de tumor, en 1882, hipernefroma o hipernefroide, basándose en la descripción hecha por Grawitz.^{3, 12}

Estas neoplasias representan el 90 % de las neoplasias malignas renales producidas en adultos de ambos sexos.^{7, 10}

Al leer estos antecedentes se motiva este trabajo con el objetivo de realizar una revisión bibliográfica sobre el hipernefroma, epidemiología, con pensamiento en la atención primaria de salud como escenario básico en la atención a estos pacientes.

Método

Para la revisión se usaron diferentes fuentes primarias de información como conferencias, artículos periodísticos y secundarias que incluyeron libros, artículos de revistas, revisiones, revistas, sitios de internet, etc.; para lograr un acercamiento a esta patología y experiencias al respecto de los últimos tiempos con el objetivo de realizar una revisión bibliográfica sobre el hipernefroma, epidemiología, con pensamiento en la atención primaria de salud como escenario básico en la atención a estos pacientes. Después de revisados aspectos generales acerca del tema se revisa la epidemiología, factores de riesgo, diagnóstico, cuadro clínico y tratamientos. Se emplearon métodos de investigación del nivel teórico, entre ellos el análisis-síntesis durante toda la revisión lo cual permite sintetizar luego de un análisis minucioso de toda la literatura consultada a los hechos de menor generalización del pensamiento; de igual manera la inducción-deducción, permitió arribar a las conclusiones la revisión; el histórico-lógico para poder realizar el estudio desde el punto de vista cronológico de algunas etapas, planteamientos y puntos de vista de algunos autores. Entre los métodos de nivel empírico se utilizó la observación y la revisión de documentos.

Desarrollo

El hipernefroma o adenocarcinoma renal también llamado tumor de Grawitz, constituye el 3 % de todos los tumores malignos y es el tumor renal más frecuente del adulto (85%), más frecuente en varones que en mujeres (3:1).

Este es más común en personas entre 50 y 70 años de edad, con una mayor incidencia en los países desarrollados. El incremento anual de la incidencia tanto en Europa como en todo el mundo es de aproximadamente un 2%. La incidencia



anual se ha incrementado en los últimos años de forma notoria. En la actualidad, el empleo sistemático de la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada ha posibilitado la detección de masas renales incidentales y mejorado el pronóstico de estos pacientes. El tumor se origina a partir de células de los túbulos renales dispuestas en patrones sólidos, tubulares, quísticos y papilares. Aproximadamente el 85 % de los cánceres de células renales son adenocarcinomas, en su mayoría de origen tubular proximal.

La exposición al plomo, cadmio, radiaciones y virus aparecen entre sus factores causales. Existe además una correlación positiva a nivel mundial entre el elevado consumo de grasas, aceite, leche, azúcar y la muerte por carcinoma de células renales. En pacientes sometidos a hemodiálisis prolongadas, se encuentra con frecuencia este carcinoma y quistes múltiples. La mayor parte de las metástasis ocurren por vía sanguínea y son afectados hígado, riñón del lado opuesto, pulmones, huesos largos y, ocasionalmente, el cerebro y los ganglios linfáticos lumbares situados alrededor del pedículo renal.^{13- 15}

En la atención primaria de Cuba existen programas que abordan la temática de las enfermedades crónicas no transmisibles entre ellas las neoplasias. Según lo observado en la provincia Ciego de Ávila la primera causa de muerte son precisamente los tumores, dentro de ellos el Hipernefoma tiene incidencia, por lo que vincular la epidemiología de esta enfermedad con la atención primaria en diferentes momentos de la enfermedad sería un resultado realmente favorable.

Factores de riesgo y formas de presentación

El primer momento que se debe trabajar en la atención primaria es precisamente en el conocimiento de los factores de riesgo que más se han asociado a la misma como se mencionaran a continuación.

Esta enfermedad en la literatura se denomina como el "tumor del internista", ya que su estudio por sospecha atiende a las siguientes formas clínicas de presentación:

- a) Metástasis cerebrales, óseas, hepáticas y pulmonares, pero también a ganglios linfáticos de retroperitoneo, pelvis y región supraclavicular. El hipernefoma por invasión directa puede metastizar a páncreas, aorta y estómago y producir manifestaciones clínicas atribuibles a procesos primarios de dichas localizaciones.



- b) Manifestaciones locales nefro urológicas: cólico nefrítico habitualmente refractario, abscesos renales, hematuria micro o macroscópica indoloras generalmente.
- c) Astenia, anorexia y pérdida de peso.
- d) Anemia de proceso crónico.
- e) Masa en flanco.
- f) Eritrocitosis.
- g) Hipercalcemia.
- h) Síndrome de Stauffer: es un trastorno infrecuente en el cual los pacientes que no tienen metástasis hepáticas desarrollan alteraciones de las enzimas hepáticas, que se resuelven cuando se reseca el tumor primario quirúrgicamente.

Las manifestaciones c, d, f, g, y h, son consideradas paraneoplásicas por la gran cantidad de biomoléculas que producen sus células. Es posible identificar accidentalmente el tumor en una radiografía. El empleo generalizado de los métodos que permiten observar cortes transversales (ecografía, tomografía y resonancia) contribuye a que se detecten masas renales durante las exploraciones en busca de otros trastornos médicos.^{4, 6, 16, 17}

El 30 % de los pacientes con este tumor se diagnostican por síntomas y signos no urológicos. Las manifestaciones clínicas urológicas más frecuentes son el tumor palpable, la hematuria y el dolor, que generalmente aparecen tardíamente. Pueden aparecer manifestaciones sistémicas, metástasis reveladoras y formas latentes.

El tumor renal se encuentra entre las neoplasias humanas de evolución clínica menos predecible y puede permanecer el paciente, completamente asintomático, con una tumoración voluminosa, mientras en otros casos es, desde su diagnóstico, agresivo y destructor. En los últimos años numerosos autores han señalado que la tríada clásica descrita por Guyon está presente en un escaso número de pacientes (alrededor del 6%), y su presencia es de pronóstico sombrío, pues en esta etapa más se la mitad de los pacientes ya presentan metástasis a distancia.¹⁸

El tabaquismo está en el 30 % de los casos, historia familiar, quistes renales adquiridos en pacientes con tratamiento dialítico, uso excesivo de fenacetina, poliquistosis renal del adulto, exposición a contrastes radiopacos, asbesto, cadmio, derivados del petróleo, productos del curtido del cuero. Las metástasis casi siempre son a ganglios linfáticos,



pulmones, suprarrenales, hígado y huesos. Suele acompañarse de hipertensión si comprime el pedículo renal y produce isquemia del órgano⁸. Puede presentarse de forma localizada, con extensión contigua, con metástasis a distancia o con múltiples síndromes paraneoplásicos como hiperparatiroidismo ectópico, policitemia por aumento de la eritropoyetina, síndrome de Cushing o hiperprolactinemia, entre otros. La presencia de síntomas generales como fiebre, pérdida de peso, anemia o disfunción hepática no metastásica pueden orientar en la búsqueda del tumor, pero son muy inespecíficos para llegar al diagnóstico final. Raramente el tumor se presenta como una masa heterogénea cuya única manifestación es el crecimiento lento pero continuo que provoca distensión progresiva abdominal.

La clasificación más frecuentemente utilizada es la de Robson (1969):

- Estadío I: tumor confinado al riñón.
- Estadío II: extensión a grasa peri renal.
- Estadío III: extensión a vena renal o cava (III a) y a ganglios linfáticos regionales (III b) o ambas (III c).
- Estadío IV: metástasis a distancia o invasión de los órganos adyacentes.

La cifra de supervivencia quinquenal varía según el estadío (66% para el estadío I; 64% para el estadío II; 42% para el estadío III y 11% para el estadío IV)^{13, 14, 19, 20}

El factor epidemiológico más estudiado y reconocido en la literatura en CCR no urotelial es el tabaquismo. El tabaquismo es el principal factor de riesgo documentado (51,34 %) seguido por la obesidad (18,01 %). Autores como Costabel y otros. encontraron en una investigación que el 47,3 % de los pacientes presentaron uno o más factores de riesgo, siendo el tabaquismo (33 %) seguido de la obesidad (30,6 %) los más frecuentes. Springer y otros, encontraron que el 68,2 % de los pacientes estudiados practicaban el tabaquismo seguido de la obesidad (50 %), alcoholismo (27,3 %) y antecedentes familiares de tumor renal (9,1 %). Alghamdi y otros, señalan que se han estudiado innumerables factores ambientales como posibles causas contribuyentes a la aparición de los CCR; el de mayor peso lo constituye el tabaquismo (explica entre el 20-30 % de los casos).

Quiroga y otros, concuerdan en que entre los factores etiológicos del CCR figuran factores relacionados con los hábitos de vida como tabaquismo,



obesidad e hipertensión arterial; y afirman que el hecho de tener un pariente de primer grado con CCR, también se asocia a un mayor riesgo de la enfermedad, por lo que recomienda que la profilaxis más eficaz consista en evitar el tabaquismo y la obesidad. Costabel y otros. concuerdan con varios autores cuando afirman que el riesgo relativo por cada 5 puntos de elevación en el índice de masa corporal para CCR es de 1,24 para hombres y 1,34 para mujeres, con asociación estadísticamente significativa.^{7, 8, 21}

García y otros, reconocen que entre 2 a 3 % de los CCR son hereditarios y algunos síndromes autosómico dominantes se describen asociados a ellos, el más frecuente la enfermedad de Von Hippel-Lindau. En años recientes se han detectado nuevos genes relacionados con la enfermedad (PBRM1, SETD2, BAP1). Su rol en la patogénesis y como biomarcadores pronósticos está aún bajo investigación.^{21, 22}

Para Casado y colaboradores en su estudio de un universo de 372 pacientes, con diagnóstico de algún tipo de tumor renal, la edad media de los pacientes fue de 62,6 años en un rango de 39 a 86 años. Estos tumores fueron más frecuentes en el sexo masculino (63,97 %) y el tabaquismo fue el factor de riesgo más detectado (51,34 %). EL diagnóstico fue incidental en el 80,91 % de los pacientes. En aquellos pacientes sintomáticos, la hematuria macroscópica fue el principal motivo de consulta y de sospecha diagnóstica correspondiendo con el 9,68 % del total de pacientes.¹⁰

Cuadro clínico y diagnóstico

Una vez analizados factores epidemiológicos de la enfermedad se hacen evidente tener conocimiento para la aplicación conociendo el cuadro clínico que con mayor frecuencia se presenta esta patología. Tener en cuenta que para realizar un buen examen se debe utilizar el método clínico adecuadamente y no solo remitir de primera instancia al servicio de urología.

La exploración física tiene un papel limitado en el diagnóstico, pero es valiosa en algunos pacientes, como aquellos con una masa abdominal palpable, adenopatías cervicales palpables, varicocele irreductible o edema bilateral en los miembros inferiores, que sugiere afectación venosa.

Los parámetros analíticos más frecuentemente evaluados son la hemoglobina, la velocidad de sedimentación globular, la fosfatasa alcalina y el calcio sérico. Habitualmente se describe en la literatura que se presenta con una triada: hematuria, dolor y masa palpable; pero en la realidad muchas veces se presenta



por las metástasis que produce precozmente en pulmones, huesos, hígado, ganglios linfáticos regionales y otras diversas localizaciones. Diversidad de manifestaciones clínicas con diagnósticos diferenciales amplios, se expresan en formas clínicas, por lo que ha sido llamado el tumor del internista: Forma tumoral abdominal, forma dolorosa lumboabdominal, forma hematórica pura, forma metastásica, forma febril (FOD), forma anémica, formageneral, forma Poliglobúlica, formas paraneoplásicas, forma tromboembólica, forma hipertensiva, forma asintomática, etc. El carcinoma renal puede provocar hipercalcemia y en determinadas series, se ha demostrado su asociación con patología paratiroidea.^{4, 6, 9, 13, 22}

Los carcinomas de células renales son neoplasias malignas que causan un síndrome paraneoplásico del tipo de hipercalcemia maligna, anemia, policitemia, hipertensión arterial, ginecomastia, síndrome de Cushing, síndrome de Stauffer y elevación de la velocidad de sedimentación globular y se manifiestan con signos inespecíficos y sistémicos, como pérdida de peso, anemia, fiebre y otras manifestaciones causadas por depósitos metastásicos. Los CCR pueden inducir otras alteraciones como son hepatomegalia con disfunción hepática o elevación de la fosfatasa alcalina.^{7, 21, 22}

Para los complementarios se hace imprescindible ya la interconsulta hospitalaria. La ecografía sirve como screening pero la urografía, la arteriografía y la TAC helicoidal con reconstrucción tridimensional permitirán conocer previamente a la cirugía la anatomía vascular y prevenir las posibles complicaciones. La distinción entre hipernefroma y metástasis renales es importante para valorar si es posible el tratamiento quirúrgico. En la literatura médica se informan muchos casos de tumores de células renales productores de hormonas, y hay algunas series de casos de tumores epiteliales productores de renina; sin embargo, no hay un estudio que nos indique la frecuencia de su expresión en cada tipo histológico de tumor renal. El uso de la punción aspiración de aguja fina (PAAF) o de la biopsia percutánea es todavía controvertido. Sin embargo, algunos preconizan la punción-aspiración con aguja fina para valorar la obtención de líquido hemorrágico o claro y la posible presencia de citología positiva.^{13, 14, 19}

En la actualidad, alrededor del 40% de los tumores renales se diagnostican incidentalmente al efectuar una ecografía abdominal. Estos casos presentan en general



una mejor supervivencia (85% a los 5 años) por tratarse de tumores de pequeño volumen y, por tanto, de bajo estadio. La tomografía axial computarizada se considera de gran efectividad para la valoración de un riñón no funcionando, para diferenciar quistes de tumores sólidos y para estadificar los hipernefomas u otros tumores renales malignos.

En sólo pocos de los pacientes se presenta la clásica tríada diagnóstica de hematuria, dolor y masa palpable, se trata en la mayoría de estos casos de pacientes con enfermedad neoplásica avanzada (45% de ellos con metástasis). La hematuria es el síntoma más frecuente, al ser total, espontánea y caprichosa y generalmente indolora, si bien en caso de ser muy abundante puede provocar crisis de cólico renal por la presencia de coágulos intra ureterales . El hipernefoma se denomina "tumor del internista" por presentarse en algunos casos con un cuadro clínico totalmente inespecífico como fiebre (15%), adelgazamiento, síntomas digestivos o síndrome endocrino para neoplásico .

El hipernefoma puede incrementar la secreción de algunas hormonas de origen renal y causar:

- a) Hipercalcemia por hiperparatiroidismo ectópico, liberación de prostaglandina E (PGE) y factores F o por metástasis óseas;
- b) Policitemia por aumento de la secreción de eritropoyetina;
- c) Hipertensión arterial por liberación de renina o compresión de la arteria renal;
- d) Síndrome de Cushing por secreción ectópica de ACTH;
- e) Galactorrea por liberación ectópica de prolactina,
- f) Ginecomastia por secreción ectópica de gonadotropina.

El síndrome paraneoplásico más frecuente es la afección hepática, con ictericia, hepatosplenomegalia, fosfatasa alcalina elevada, hipoprotrombinemia y elevación de Alfa2-globulina y haptoglobina, cuadro que se presenta en el 15% de los pacientes.

14, 23

La mayoría de los tumores renales se descubren de forma casual gracias a la aplicación moderna de la ecografía y de la tomografía axial computarizada para una serie de indicaciones; el paciente se encuentra entonces asintomático. Cuando ocurren signos y síntomas que se dan según Costabel en un 25 % del CCR.²⁴

El 80,91 % de los pacientes son diagnosticados incidentalmente y en aquellos sintomáticos la hematuria macroscópica es el signo de mayor presentación. Diversos autores consultados concuerdan en que la proporción de tumores renales



pequeños y fortuitos ha aumentado significativamente en la mayoría de los países, aunque un número elevado de pacientes con CCR sigue consultando por síntomas clínicos, tales como masa palpable, hematuria y síntomas paraneoplásicos y metastásicos.^{8, 8, 22}

La media de tamaño de las tumoraciones es de 38,8 mm y el 12,63 % de estos pacientes tienen metástasis al momento del diagnóstico. Springer y otros, reportan que la mayor parte de los pacientes presentan tumores entre 10 y 15 cm (68,2 %) siendo los tumores mayores de 15 cm (9,1 %) infrecuentes al igual que los menores de 10 cm. Costabel y otros encontraron que al momento del diagnóstico el 10,3 % de los pacientes presentaron metástasis.²¹

Tratamiento

A pesar que el tratamiento quirúrgico es la elección un grupo de pacientes se decide realizar tratamientos conservadores, por otra parte el seguimiento y la rehabilitación de estos pacientes tiene en la atención primaria un componente primordial. De igual manera es importante tener conocimiento de aspectos básicos en el tratamiento que a estos pacientes se les realiza.

Los carcinomas de células renales existen varios subtipos histológicos y aunque estas variantes histológicas revistan implicaciones pronósticas diferentes, las consideraciones técnicas para el cirujano se asemejan.^{21, 23}

Con todo, la determinación adecuada de factores pronósticos (Anatómicos, Clínicos, Histológicos y Moleculares) ayudaría a plantear la estrategia terapéutica más apropiada en cada caso, dirigir futuros tratamientos y desarrollar esquemas específicos de seguimiento para nuestros pacientes. La nefrectomía radical representa el estándar para el tratamiento del carcinoma renal localizado tal como lo describiera Robson en 1969. Con el transcurso del tiempo, sus indicaciones han ido disminuyendo en favor de una cirugía conservadora para tumores menores de 4 cm. Sin embargo, en lesiones de mayor tamaño el riesgo de la presencia de multifocalidad señala que la nefrectomía radical es la indicación más adecuada.

La cirugía conservadora renal es un tratamiento efectivo para el tratamiento del carcinoma renal en la población general, con buenos resultados oncológicos y funcionales, con una supervivencia global cáncer específica del 88,2% y 73% a 5 y 10 años, respectivamente.



Existen diversas publicaciones que promueven la cirugía conservadora renal de forma electiva para estas lesiones pequeñas; no mostrando diferencias significativas en la supervivencia cáncer específica y libre de metástasis, entre pacientes con cirugía conservadora y aquellos tratados con nefrectomía radical para lesiones pequeñas. Aportando asimismo mejor calidad de vida, cuando más parénquima residual queda. Las tasas de complicaciones, morbilidad y mortalidad son similares entre ambos grupos.¹²

Conclusiones

El hipernefroma es un cáncer que se presenta con relativa frecuencia en nuestro medio, sobre todo a partir de los 50 años de edad, cuyas manifestaciones habituales están dadas por tumoración abdominal palpable y dolorosa, acompañada de hematuria ostensible y síntomas generales, y que los exámenes paraclínicos, especialmente radiológicos y ultrasonido, permiten confirmar su diagnóstico, aunque, en la mayoría de los casos, en etapas tardías o avanzadas de su crecimiento. Muchas masas renales son asintomáticas y no palpables hasta las últimas fases de la enfermedad. En la actualidad, más del 50 % de los cánceres se detectan de manera fortuita al emplear pruebas de imagen. La cirugía es el único tratamiento con oportunidad de cura en cáncer renal. El pronóstico de vida de estos pacientes es cercano a los 5 años. La atención primaria de salud juega un papel fundamental en la pesquisa de riesgos, diagnóstico y seguimiento y rehabilitación de estos pacientes.

Bibliografía

1. Llerena Rojas, R. y col.: Diagnóstico Radiológico de los tumores malignos primitivos del parénquima renal. Rev Cub Med. 17[Internet] (3)(citada 19 junio 2021): 335-344.(Aprox 9p) Disponible en : <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1197>.
2. Bettiger, L; E. Ivomark: The structure of renal carcinoma correlated to its clinical behavior. J Urol 81:512, 1959. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13642499/>
3. Vilasé Plasencia, I. M.; D. Alvaríño Padrós: Metástasis poco frecuentes en un hipernefroma. Rev Cub Med 12(3): (Citado 19 junio 2021) 269-274, mayo-junio, 1973.(aprox 9p) Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/289>.



4. Bajorin DF. Tumores renales de la vejiga, de los uréteres y de la pelvis renal. En: Goldman L, Schafer AI, editors. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2012. [Internet] (citado 19 junio 2021) p. 1307-13. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58515>.
5. Fuente Bartolomé M, Osorio Silla I, Gutiérrez Samaniego I, Martínez Pueyo JI, Cruz Vigo F. Metástasis en tiroides de carcinoma renal de células claras. Endocrinol Nutr [Internet]. 2014 [citado 19 Junio 2021];61(5):296-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-metastasis-tiroides-carcinoma-renal-celulas-90302542>
6. Alcaraz Asensio A. Tumores del riñón y del urotelio. En: Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna Decimoséptima edición. Barcelona: Elsevier España, 2012. [Internet] (citada 19 junio 2021) p. 907-11. disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58515>
7. Quiroga Matamoros W, Fernández F, Citarella Otero D, Rangel J, Estrada Guerrero A, Patiño ID. Guía de manejo del carcinoma de células renales. UrolColomb. 2016[Internet] [citado 19 junio 2021];25(2):169-89. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149146287016>
8. Alghamdi A, Alkhateeb S, Alghamdi K, Ba-zarbashi S, Murshid E, Alotaibi M, et al. SaudiOncologySociety and SaudiUrologyAssociation combined clinical management guidelines for renal cell carcinoma. Urol Ann. 2016 [citado 19 junio 2021];8(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27141180>
9. Otunctemur A, Dursun M, Ozer K, Horsanali O, Ozbek E. Renal Cell Carcinoma and Visceral Adipose Index: a new risk parameter. Int Braz J Urol. 2016 [citado 19 junio 2021];(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27532115>
10. Casado Méndez PR et al. Características epidemiológicas, formas de presentación y conducta terapéutica en los tumores renales. Rev Cubana Urol 2018 [Internet] [citado 19 junio 2021];7(2):89-98. Disponible en: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/329>



11. Anuario estadístico de la salud de Cuba. Ministerios de salud publica. Dirección de registros médicos y estadísticas de la salud. La Habana 2020. ISSN: versión electrónica 1561-4433.
12. Kicly, M. M.:Hypernephroma. The intemists tumor. Med Clin North Am 50-1067 1966. (aprox 6p) (Citado 19 junio 2021) Disponible en: <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/download/2168/1764>.
13. Gilmark Alexander Cameron Nelson, Carlomagno Ríos Sanabria. HIPERNEFROMA. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXII (615) 281 - 286, 2015. (Citado 19 junio 2021) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=6503>.
14. Páez Ojeda L, Santos Naranjo Y, Abogadro Díaz YG, Herrera Santos D, Mayola Alberto C. Hipernefroma. Presentación de un caso. MEDICIEGO 2014[Internet] (citada 19 junio 2021); 20 (Supl.1) (aprox 5p)disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdcs141o.pdf>.
15. Pantuck AJ, Zisman A, Belldegrun AS. The changing natural history of renal cellcarcinoma. J Urol [Internet]. 2001 [citado 19 junio 2021]; 166(5): 1611. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11586189>
16. Whang YE, Godley PA. Renal cell carcinoma. Curr Opin Oncol. 2003;15:213-6. Citado en PubMed; PMID: 12778014. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=58515>
17. Scher HI, Motzer RJ. Carcinomas de vejiga y de celulas renales. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison. Principios de medicina interna. 18a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006 [Internet] (citada 19 junio 2021). p. 806. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56785>.
18. Pinilla González R, Vega Basalto S, López Lazo S, Quintana Díaz JC, y Alezzi Almalahy A. Hipernefroma gigante: a propósito de un caso. 2007. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000100012.
19. Venniyoor A, EssamAM, Ramadhan F, Keswani H, Mehdi I, Bahrani BA. High Occurrence of Non-Clear Cell Renal Cell



- Carcinoma in Oman. Asian PacJ Cancer Prev. 2016 [Internet] (citada 19 junio 2021);17(6). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27356693>
20. Chacón Garita L, Moreira Carvajal M. Carcinoma de células renales: descripción de casos. Actamédcostarric. 2015 [Internet] (citada 19 junio 2021);57(3):113-6. Disponible en: <http://actamedica.medicos.cr/index.php/ActaMedica/article/view/887/805>
 21. Haake SM, Weyandt JD, RathmellWK. In-sights into the Genetic Basis of the Renal Cell Carcinomas from The Cancer Genome Atlas. Mol Cancer Res. [Internet] (citada 19 junio 2021);14(7). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27330105>
 22. García García A, Guerra Román FB, García Morales I. Enucleación simple en el tratamiento de los tumores renales. Revista Cubana de Urología. [Internet] (citada 19 junio 2021);6(1):14-27. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcuburolog/rcu-2017/rcu171c.pdf>
 23. Santana Pérez JL, Rodríguez Pastoriza R, León Méndez D. Hipernefroma gigante. Presentación de un caso. MEDICIEGO. 2016[Internet] (citada 19 junio 2021);22(1):53-8. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/183>
 24. Rosenberg SA. Immunotherapy and gene therapy on the cancer. Cancer Res. 2011 [Internet] (citada 19 junio 2021); 51:5074-5079. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=50604>