



## Consenso Nacional Inter-Sociedades para el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias renales parenquimatosas del adulto

Asociación Argentina de Oncología Clínica  
Asociación Médica Argentina  
Federación Argentina de Urología  
Instituto de Oncología Angel H. Roffo  
Sociedad Argentina de Cancerología  
Sociedad Argentina de Patología  
Sociedad Argentina de Radiología  
Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica  
Sociedad Argentina de Urología



Las entidades científicas involucradas en el estudio y tratamiento de esta patología, han concretado la elaboración de un Documento denominado Consenso Nacional Inter-Sociedades para el Diagnóstico y Tratamiento de las Neoplasias Renales, que tiene por objetivo unificar los criterios con que los especialistas abordarán a partir del presente esta afección.

Convocadas por la Academia Nacional de Medicina, por intermedio del Instituto de Estudios Oncológicos, las entidades autoras, miembros del Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas y del Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades, avalan este Consenso Multidisciplinario, que aúna los criterios propuestos por todos los profesionales que se encuentran comprometidos en el diagnóstico y tratamiento de las Neoplasias Renales Parenquimatosas del Adulto.

Está previsto que las entidades participantes del Consenso realicen en forma periódica una revisión de lo acordado a fin de incorporar los permanentes avan-

ces que se producen en ese campo específico de la Medicina.

Asimismo se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la Salud, Institutos Nacionales, PAMI, Provinciales, Municipales, Colegios Médicos, entidades de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Mutuales, Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación, Hospitales de Comunidad, Hospitales Universitarios, demás entidades relacionadas y su aplicación por todos los especialistas del país.

Marzo 2010

---

Adriana Dieguez, representante de la SAR.

## TUMORES RENALES DIAGNÓSTICO

### Ante la SOSPECHA semiológica por

[1] el CUADRO CLÍNICO, mediante

[2] ECOGRAFÍA o por

[3] HALLAZGO INCIDENTAL en otros estudios por imágenes, se diagnostica

[4] una MASA OCUPANTE RENAL (MOR)

*Esta puede ser*

[5] SÓLIDA,

[34] QUÍSTICA o presentar características que la hacen

[17] DUDOSA.

[5] Si la masa es definitivamente SÓLIDA, se realizará

[6] preferentemente una RESONANCIA MAGNÉTICA POR IMÁGENES (RMI) con gadolinio, (o TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC), con contraste oral e intravenoso). La RMI definirá si la masa sólida tiene componente de tejido graso o no.

[7] En un TUMOR con componente GRASO

[8] la RMI presentará una imagen hiperintensa en T1 confirmando un ANGIOMIOLIPOMA o

[9] Un TUMOR SIN COMPONENTE GRASO, con la posibilidad de ser

[10] SOSPECHA DE TUMOR MALIGNO, (CARCINOMA RENAL) e indicando la

[11] CIRUGÍA (NEFRECTOMIA) previa ESTADIFICACIÓN.

[12] SOSPECHA DE PSEUDOTUMOR, en el cual

[13] la RMI mostrará una imagen de LOBULACIÓN FETAL O HIPERTROFIA DE PIRÁMIDE.

[14] SOSPECHA DE ONCOCITOMA, por una imagen redondeada con centro hipointenso en T1 (cicatriz), en el cual

[15] la RMI con gadolinio demostrará

[16] un PATRÓN VASCULAR en rayos de "rueda de carro",

[11] debiendo indicarse la CIRUGÍA (NEFRECTOMÍA) previa ESTADIFICACIÓN.

[34] Si la masa es definitivamente QUÍSTICA, no se requiere más estudio para confirmar

[35] un QUISTE SIMPLE

[17] Si la masa es DUDOSA,

[18] preferentemente una RESONANCIA MAGNÉTICA POR IMÁGENES (RMI) con gadolinio, (o TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC), con contraste oral e intravenoso), demostrará un QUISTE SIMPLE o COMPLICADO según la clasificación de BOSNIAK (ver CUADRO 03)

[19] BOSNIAK 1, confirmando

[35] un QUISTE SIMPLE

[20] BOSNIAK 2, en el cual se evaluará

[21] la posibilidad de un ABSCESO renal u otros procesos infecciosos o inflamatorios.

[22] BOSNIAK 3, en el cual podrá indicarse

[11] la CIRUGÍA (NEFRECTOMÍA) o

[23] los estudios por IMÁGENES CON CONTRASTE mostrarán que la MOR

[24] NO REFUERZA, pudiendo pasar el paciente a

[25] CONTROL o

[32] REFUERZA, orientando a la presencia de un CARCINOMA RENAL e indicando la necesidad de

[11] CIRUGÍA (NEFRECTOMÍA), previa ESTADIFICACIÓN o es

[26] DUDOSA, en cuyo caso, además del cuadro clínico y los hallazgos de los estudios por imágenes ya realizados (ecografía, RMI, TC), podrá efectuarse

[11] CIRUGÍA (NEFRECTOMÍA), previa ESTADIFICACIÓN o

[27] una PUNCIÓN (opcional) podrá informar la existencia de

[28] CELULAS INFLAMATORIAS, orientando hacia

[29] un ABSCESO RENAL o PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA o de

[30] MATERIAL NO CONCLUYENTE (posible falso negativo, material insuficiente o no representativo) en cuyo caso deberá considerarse

[11] la CIRUGÍA (NEFRECTOMÍA), previa ESTADIFICACIÓN.

[31] o CELULAS NEOPLÁSICAS, confirmando un CARCINOMA RENAL e indicando la necesidad de

[11] CIRUGÍA (NEFRECTOMÍA), previa ESTADIFICACIÓN.

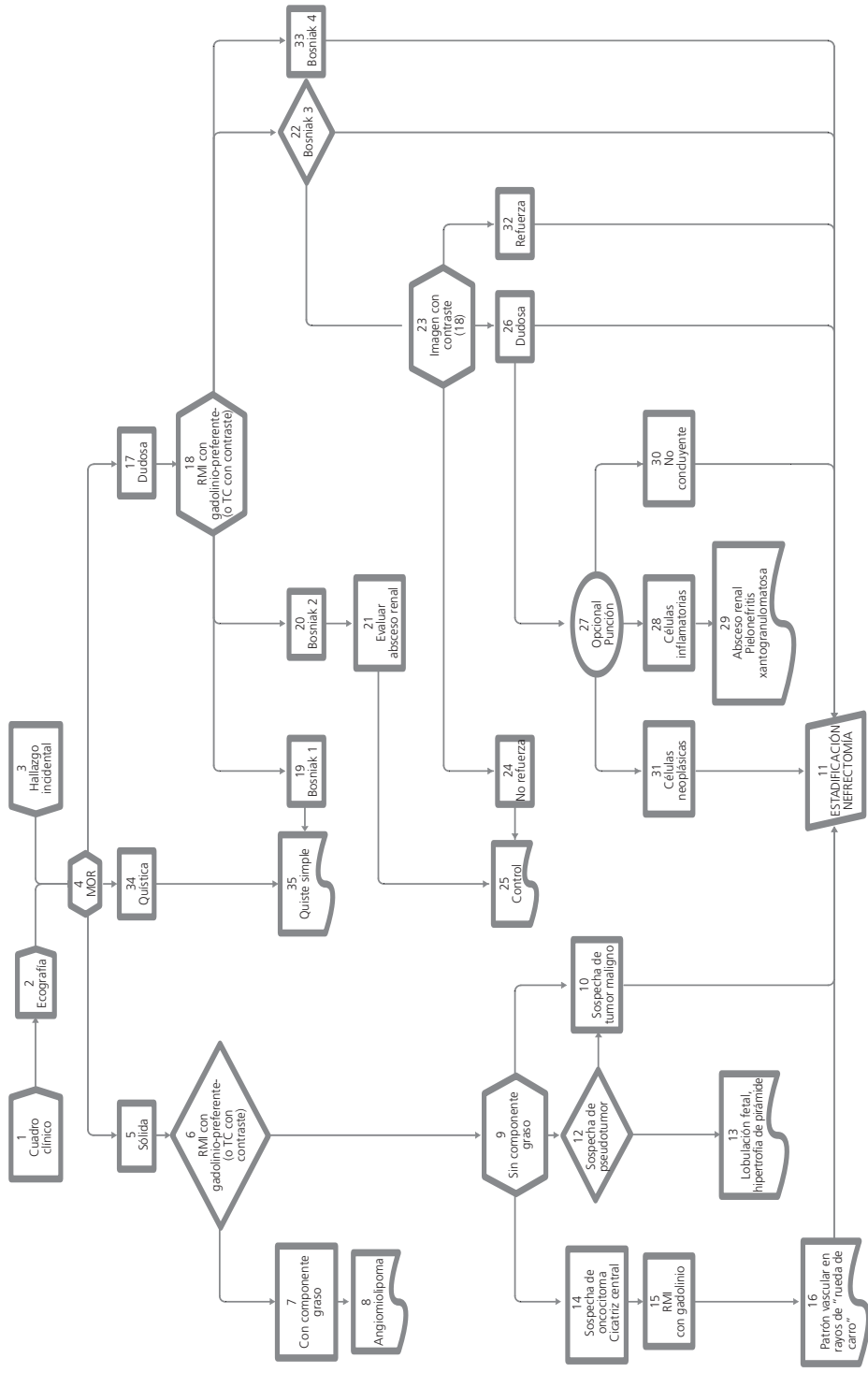
[33] BOSNIAK 4, generalmente un CARCINOMA RENAL e indicando la necesidad de

[11] CIRUGÍA (NEFRECTOMÍA), previa ESTADIFICACIÓN.

# Tumores Renales

## Diagnóstico

Todas las recomendaciones tienen nivel de evidencia IIA salvo donde expresamente indicado



ADVERTENCIA: RMI con Gadolinio. De ser necesaria la administración de Gadolinio, utilizar Gadoterato de Meglumina. En pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica (CLCR <30 ml/min), existe riesgo de Fibrosis Nefrogénica Sistémica. Considerar otro método que no requiera Gadolinio, utilizar Gadoterato de Meglumina.

## TUMORES RENALES ESTADIFICACIÓN

Efectuado el diagnóstico de TUMOR RENAL, se realizarán estudios

[1] de ESTADIFICACION, mediante

[2] **HISTORIA CLÍNICA (HC), ANÁLISIS, HEPATOGRAMA, incluyendo fosfatasa alcalina y calcemia, TC DE TÓRAX sin contraste –preferentemente- (o RADIOGRAFÍA DE TÓRAX), RMI DE ABDOMEN Y PELVIS con gadolinio –preferentemente-, (o TC DE ABDOMEN Y PELVIS sin y con contraste).**

[3] Si existieran METÁSTASIS DE PULMÓN o sospecha clínica de METÁSTASIS DE CEREBRO, se realizará

[4] una RMI DE CEREBRO con gadolinio –preferentemente- (o TC con contraste).

[5] Si la FOSFATASA ALCALINA y/o la CALCEMIA estuvieran ELEVADAS o existiera DOLOR ÓSEO, se realizará

[6] un CENTELLOGRAMA ÓSEO.

[7] Estos estudios determinarán,

[8] **AUSENCIA DE METÁSTASIS, M0 o**

[9] **PRESENCIA DE METÁSTASIS, M1.**

[10] En ambos casos el TRATAMIENTO CON INTENCIÓN CURATIVA es

[11] **la INDICACIÓN QUIRÚRGICA (NEFRECTOMÍA).**

[12] **En los pacientes SIN INDICACIÓN QUIRÚRGICA (QX), o INOPERABLES por comorbilidad, o por TUMOR IRRESECABLE estará indicado realizar**

[14] una BIOPSIA histológica y/o citológica del tumor primario o de las metástasis a fin de obtener

[15] la CONFIRMACIÓN ANÁTOMO-PATOLÓGICA del tumor, que permita una correcta indicación de

[16] TRATAMIENTO SISTÉMICO.

[17] Si la BIOPSIA fuera NO REPRESENTATIVA o NO fuera FACTIBLE su realización

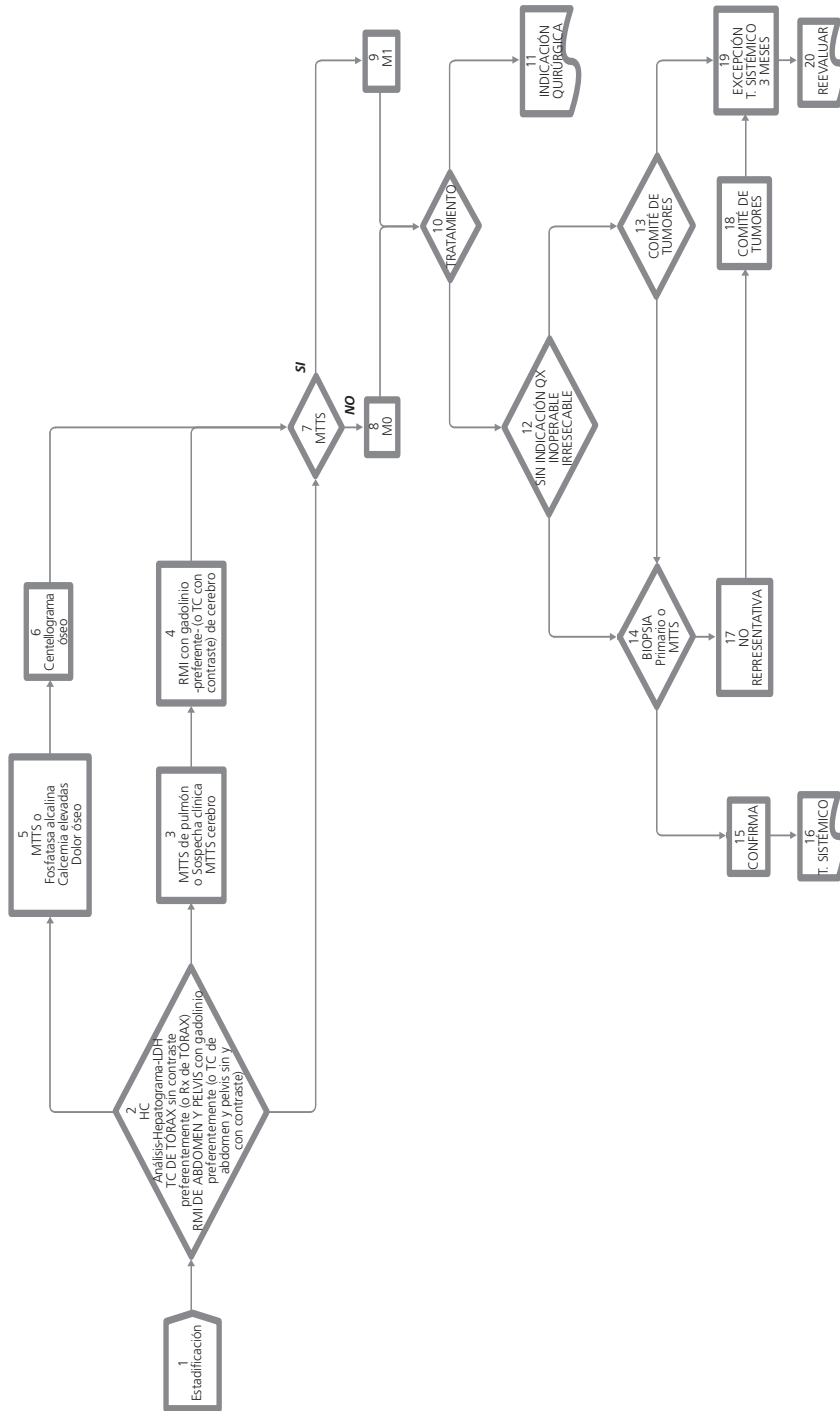
[13] [18] el COMITÉ DE TUMORES podrá autorizar

[19] por EXCEPCIÓN el TRATAMIENTO SISTÉMICO por 3 MESES y luego

[20] REEVALUAR la respuesta del paciente.

## Tumores Renales Estadificación

Todas las recomendaciones tienen nivel de evidencia IIA salvo donde expresamente indicado

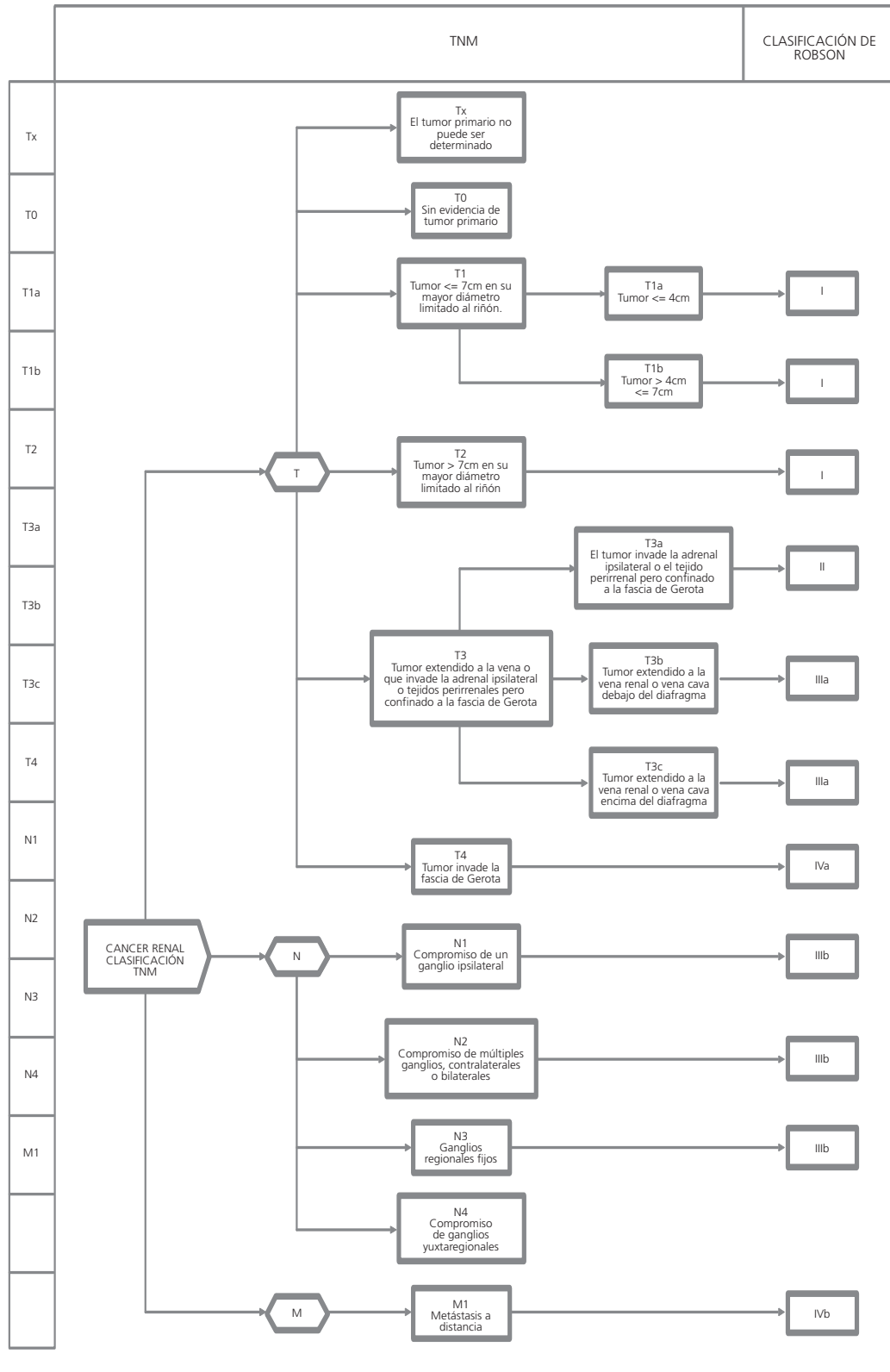


ADVERTENCIA: RMI con Gadolinio  
En pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica (CL CR. <30 ml/min), existe riesgo de Fibrosis Nefrogénica Sistémica. Considerar otro método que no requiera Gadolinio. De ser necesaria la administración de Gadolinio, utilizar Gadoterato de Meglumina.

**Masas quísticas renales**  
Clasificación de BOSNIAK

TIPO	IMAGEN	Pared	Tabiques	Calcificaciones precontrasté UH	Densidad	Refuerzo	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	CLASE	TRATAMIENTO
I	Quiste no complicado	Fina	No	No	0-20	No	Quiste simple	Benigno	No
II	Ligera complejidad	Fina	No Algunos	Mínimas	0-20	No	Quiste simple Absceso renal	Benigno	Control periódico
III	Compleja	Engrosada	Varios	Moderadas	0-20	No	Quiste multilocular Carcinoma necrotico Carcinoma quistico Absceso renal Pielonefritis xantogramatosa	40-60% maligno	Cirugía Opcional Fundón
IV	Muy Compleja	Gruesa	Muchos	Gruesas	Mayor 20	SI	Carcinoma quístico	Maligno	Cirugía

### Cáncer Renal Clasificación TNM 2002



## ANATOMÍA PATOLÓGICA

### Tumores de células renales

Corresponden a aproximadamente 90% de las neoplasias que se originan en el riñón del adulto. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2004), pueden dividirse en:

1. Carcinoma de células claras.
2. Carcinoma quístico multilocular de células claras
3. Carcinoma cromóforo
4. Carcinoma papilar
5. Carcinoma de los conductos colectores de Bellini
6. Carcinoma medular
7. Carcinoma asociado a translocación Xp11
8. Carcinoma asociado a neuroblastoma
9. Carcinoma mucinoso tubular y de células fusiformes
10. Carcinoma de células renales no clasificado
11. Adenoma papilar
12. Oncocitoma

#### 1. Carcinoma de células claras

Es el tumor epitelial más frecuente (60-70%). Se compone de células de citoplasma claro agrupadas en nidos sólidos o estructuras lumbinales separadas por una trama fibrovascular delicada. Alrededor de 50% es diagnosticado en estadios 1 ó 2. Puede dar metástasis en casi cualquier sitio del organismo incluso luego de 10 años de diagnosticado.

#### 2. Carcinoma quístico multilocular de células claras

Es un tumor quístico en cuyos tabiques se hallan aislados grupos de células claras de bajo grado nuclear.

Es de muy buen pronóstico y no da metástasis. Es poco frecuente (1-5% de tumores epiteliales).

#### 3. Carcinoma cromóforo

Se halla constituido por células de citoplasma pálido o granular, con membranas bien delimitadas. La mortalidad asociada a este tipo tumoral es de alrededor de 10%. Comprende a 5% de los tumores epiteliales.

#### 4. Carcinoma Papilar

Es un tumor de arquitectura papilar que se divide en dos categorías: el tipo I, de mejor pronóstico, y el tipo II, con pronóstico similar al de células claras. Corresponde al 10-15% de los tumores epiteliales.

#### 5. Carcinoma de los conductos colectores de Bellini

Es un tumor muy poco frecuente (incidencia menor del 1% de los tumores epiteliales) conformado por estructuras que remedan los conductos colectores. Su pronóstico es malo.

#### 6. Carcinoma medular

Es un raro tumor de mal pronóstico, asociado generalmente a anemia de células falciformes y que se origina en la zona central del riñón.

#### 7. Carcinoma asociado a translocación Xp11

Este tumor se asocia a distintas translocaciones que involucran el locus Xp11.2 y que resultan en fusiones que involucran el gen TFE3. Es más frecuente en pacientes pediátricos pero aparece también en adultos jóvenes.

#### 8. Carcinoma asociado a neuroblastoma

Tumor poco frecuente, morfológicamente heterogéneo que aparece en niños que sobrevivieron a un neuroblastoma.

#### 9. Carcinoma mucinoso tubular y de células fusiformes

Es un tumor bien circunscripto y que no suele dar metástasis.

#### 10. Carcinoma de células renales no clasificable

Es una categoría a la que se llega por exclusión, cuando no puede asignarse un tipo histológico a un carcinoma de células renales. Corresponde a alrededor del 5% de los casos.

#### 11. Adenoma papilar

Tumor de estructura papilar menor de 5 mm de diámetro que puede aparecer en forma solitaria o múltiple y que sería la contrapartida benigna de los carcinomas papilares. Es muy frecuente, especialmente en pacientes dializados por largos períodos.

#### 12. Oncocitoma

Tumor benigno compuesto por células de citoplasma granular, ricas en mitocondrias. Debe efectuarse diagnóstico diferencial con el carcinoma cromóforo.

### Factores pronósticos

Independientemente del estadio tumoral es importante que se consigne el tipo histológico ya que, como se indicó más arriba, influye en el pronóstico.

Debe utilizarse, para las variedades de células claras y papilar, el grado nuclear de Fuhrman, que tiene en cuenta tamaño nuclear y nucleolar:

Grado 1: núcleos pequeños e hipercromáticos.

Grado 2: núcleos grandes con nucléolos visibles a alto aumento (400x).

Grado 3: núcleos grandes e irregulares con nucléolos visibles a bajo aumento (100x).

Grado 4: núcleos pleomórficos con macronúcleolos y grumos cromáticos.

Dentro del grado 4 se ubica al carcinoma sarcomatoide que es una vía común de "desdiferenciación" de varios subtipos (células claras, papilares, etc) y que tendría peor pronóstico que el resto de los ubicados en esa categoría.

### El informe anátomo-patológico de la pieza quirúrgica debe incluir:

Tamaño tumoral

Ubicación del tumor (polar o mesorrenal)

Uni o multifocalidad de la lesión

Tipo histológico (clasificación de OMS 2004)

Grado nuclear de Fuhrman

Ausencia / presencia de necrosis

Ausencia / presencia de infiltración de cápsula y grasa perirrenal

Ausencia / presencia de infiltración de la grasa del seno renal

Ausencia / presencia de compromiso de pelvis renal

Ausencia / presencia de embolias neoplásicas en vasos hiliares

Lesiones asociadas en el parénquima renal remanente

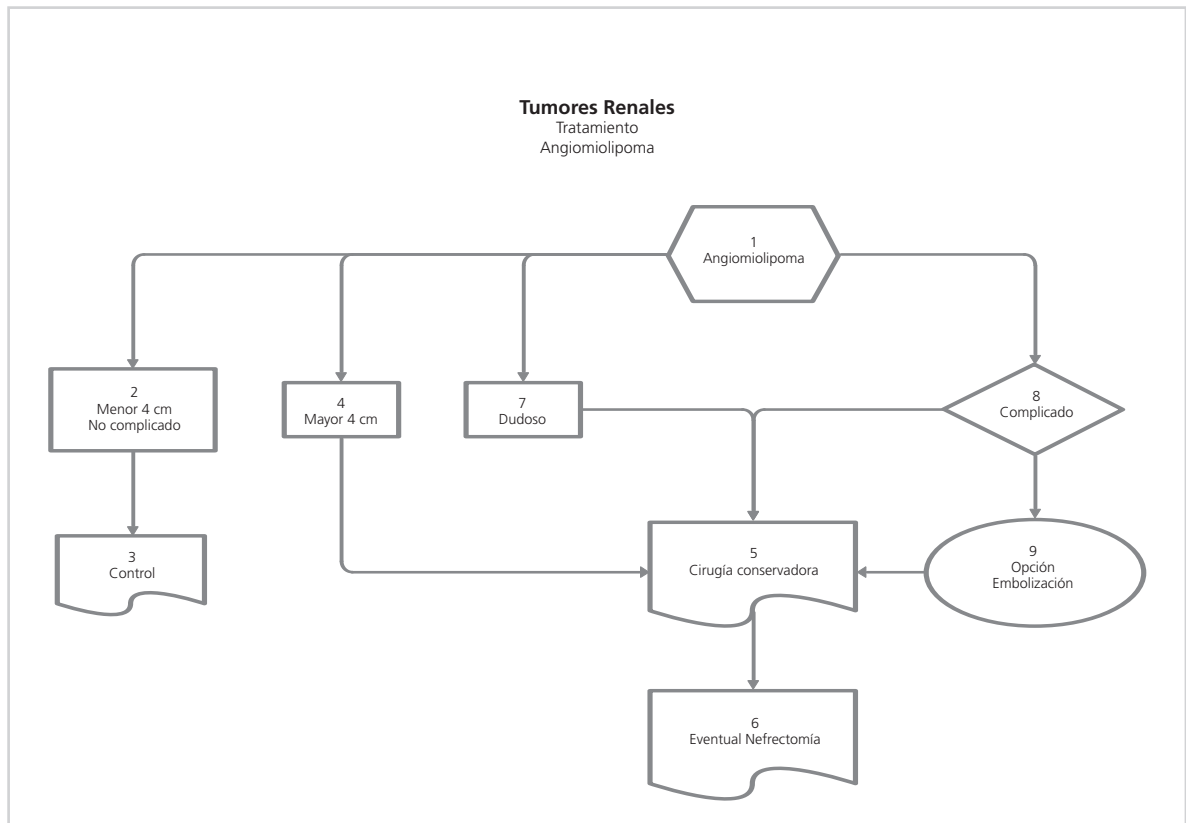
Ausencia / presencia de compromiso neoplásico de los márgenes quirúrgicos (especialmente en piezas de nefrectomía parcial y / o tumorectomías).

Si la pieza quirúrgica incluye glándula suprarrenal: ausencia / presencia del compromiso de la misma.



**TUMORES RENALES  
TRATAMIENTO  
ANGIOMIOLIPOMA**

- [1] CONFIRMADA LA EXISTENCIA DE UN ANGIOMIOLIPOMA, ESTE PUEDE SER
- [2] MENOR DE 4 CM Y NO COMPLICADO, que pasará a
- [3] CONTROL
- [4] MAYOR DE 4 CM, donde debido a los riesgos de complicación que presenta se recomienda
- [5] la CIRUGÍA CONSERVADORA de ser factible o
- [6] EVENTUAL NEFRECTOMÍA
- [7] DUDOSO, en el cual se realiza la exploración quirúrgica y
- [5] CIRUGÍA CONSERVADORA de ser factible o
- [6] EVENTUAL NEFRECTOMÍA
- [8] COMPLICADO por hemorragia, pudiendo realizarse su
- [9] EMBOLIZACIÓN (opcional) o recurrirse a
- [5] CIRUGÍA CONSERVADORA de ser factible, o
- [6] EVENTUAL NEFRECTOMÍA



## TUMORES RENALES TRATAMIENTO M0

**[1] M0: Ante la AUSENCIA DE METÁSTASIS el TUMOR RENAL podrá ser evaluado como**

**[2] ESTADIO T1-T2**

- [3] MENOR DE 4 CM. con riñón contralateral normal anatómico y funcional, realizando,
- [7] si fuera PERIFÉRICO, NO MULTICÉNTRICO y con MÁRGENES NEGATIVOS
- [8] CIRUGÍA PARCIAL ELECTIVA (nefrectomía parcial)
- [9] Como ALTERNATIVA a
  - [11] la INDICACIÓN PRIMARIA de CIRUGÍA RADICAL (nefrectomía radical)
- [7] Si no cumpliera con esos requisitos (NO PERIFÉRICO o MULTICÉNTRICO o MÁRGENES POSITIVOS)
- [11] Se realizará la CIRUGÍA RADICAL
- [4] Si fuera MENOR DE 2 CM,
- [5] OPCIONALMENTE podrá mantenerse
- [6] en OBSERVACIÓN
- [10] MAYOR DE 4 CM, con indicación de
- [11] CIRUGÍA RADICAL
- [24] con CUALQUIER TAMAÑO, si se tratara de
- [25] un MONORRENO, anatómico o funcional o un tumor BILATERAL,
- [26] previa ANGIO-RMI con gadolinio o ANGIO-TC o ANGIOGRAFÍA (opcional), se efectuará
- [27] CIRUGÍA PARCIAL IMPERATIVA
- [28] De NO ser FACTIBLE, podrá optarse por
  - [29] OBSERVACIÓN
  - [30] EMBOLIZACIÓN selectiva u
  - [11] CIRUGÍA RADICAL

**[31] ESTADIO T3-T4**

- [32] ESTADIO T3a, con indicación de
- [11] CIRUGÍA RADICAL
- [33] ESTADIO T3b-c, en el cual se realizará
- [34] una ANGIO-RM con gadolinio, o ANGIO-TC o un ECODOPPLER y ante la existencia de
- [35] un TROMBO SUPRADIAFRAGMÁTICO,
- [36] previa ECOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA o de
- [37] un TROMBO INFRADIAFRAGMÁTICO
- [38] se realizará la CIRUGÍA DEL TROMBO y
- [11] la CIRUGÍA RADICAL
- [39] ESTADIO T4 en el cual está indicada
- [11] la CIRUGÍA RADICAL.

**En todos los casos,**

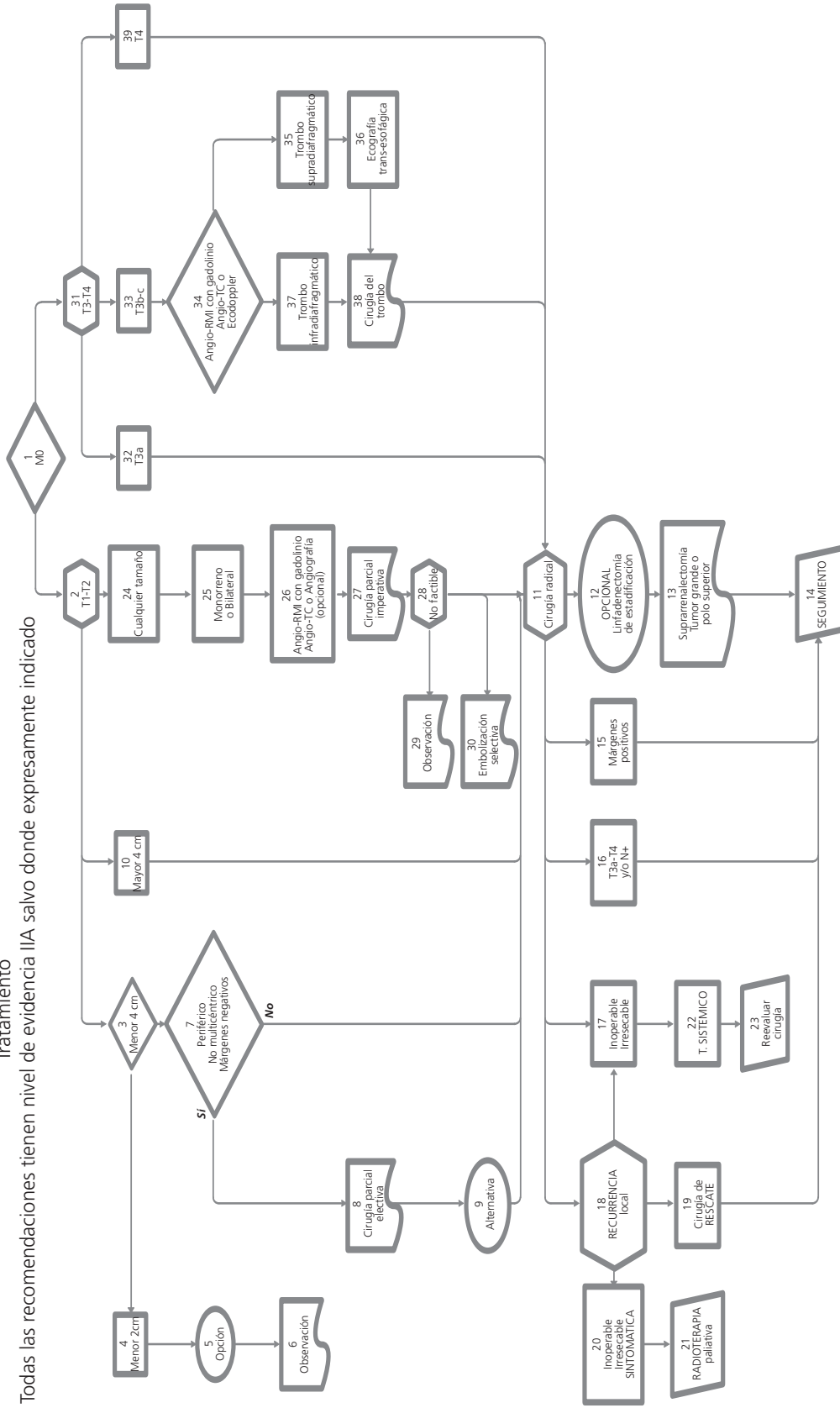
**[11] la CIRUGÍA RADICAL se complementará con**

- [12] LINFADENECTOMÍA REGIONAL de estadificación (OPCIONAL) y
- [13] SUPRARRENALECTOMÍA en TUMORES GRANDES o de POLO SUPERIOR y posterior
- [14] SEGUIMIENTO.
- [17] En caso de paciente INOPERABLE o TUMOR IRRESECABLE estará indicado
- [22] el TRATAMIENTO SISTÉMICO para luego
- [23] REEVALUAR LA posibilidad de CIRUGÍA.
- [15] En caso de MÁRGENES POSITIVOS o
- [16] En estadios T3a-b, T4 y/o GANGLIOS POSITIVOS solamente está indicado el CONTROL,
- [14] SEGUIMIENTO.
- [18] En caso de RECURRENCIA LOCAL, estará indicada
- [19] la CIRUGÍA DE RESCATE y
- [14] SEGUIMIENTO.
- [17] Si fuera INOPERABLE o IRRESECABLE, estará indicado
- [22] el TRATAMIENTO SISTÉMICO y luego
- [23] REEVALUAR la posibilidad de CIRUGÍA.
- [20] Si fuera INOPERABLE o IRRESECABLE y SINTOMÁTICA, podrá indicarse
- [21] RADIOTERAPIA paliativa.

### Tumores Renales

#### Tratamiento

Todas las recomendaciones tienen nivel de evidencia IIA salvo donde expresamente indicado



ADVERTENCIA: RMI con Gadolinio

En pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica (CLCR <30 ml/min), existe riesgo de Fibrosis Nefrogénica Sistémica. Considerar otro método que no requiera Gadolinio. De ser necesaria la administración de Gadolinio, utilizar Gadoterato de Meglumina.

## TUMORES RENALES TRATAMIENTO M1

### [1] M1: Ante la presencia de METÁSTASIS,

#### [2] CUALQUIERA SEA EL T,

[3] Se EVALUARÁ siempre la posibilidad de realizar la NEFRECTOMÍA, teniendo en cuenta las comorbilidades y los criterios de operabilidad.

[4] En caso de METÁSTASIS ÚNICA

[5] en ÓRGANO ÚNICO,

[6] si fuera IRRESECABLE o paciente INOPERABLE, se indicará

[7] TRATAMIENTO SISTÉMICO y

[11] en caso de METÁSTASIS ÓSEA o CEREBRAL se podrá agregar

[18] RADIOTERAPIA.

[8] Si fuera RESECABLE, se realizará luego de

[9] la NEFRECTOMÍA RADICAL,

[10] la CIRUGÍA DE LA METÁSTASIS y

[11] Si la METÁSTASIS fuera ÓSEA o CEREBRAL, se podrá agregar

[18] RADIOTERAPIA.

[12] En caso de METÁSTASIS MÚLTIPLE

[13] En ÓRGANOS MÚLTIPLES o

[22] PULMONARES, estará indicado

[14] el TRATAMIENTO SISTÉMICO.

[15] En caso de METÁSTASIS ÓSEAS, estará indicado

[16] el TRATAMIENTO SISTÉMICO, incluyendo el uso de

[21] BIFOSFONATOS.

[17] En caso de DOLOR ÓSEO o RIESGO DE FRACTURA,

[18] la RADIOTERAPIA local.

[19] De existir COMPRESIÓN MEDULAR se realizará

[18] RADIOTERAPIA,

[20] con o sin CIRUGÍA DESCOMPRESIVA previa si fuera necesario.

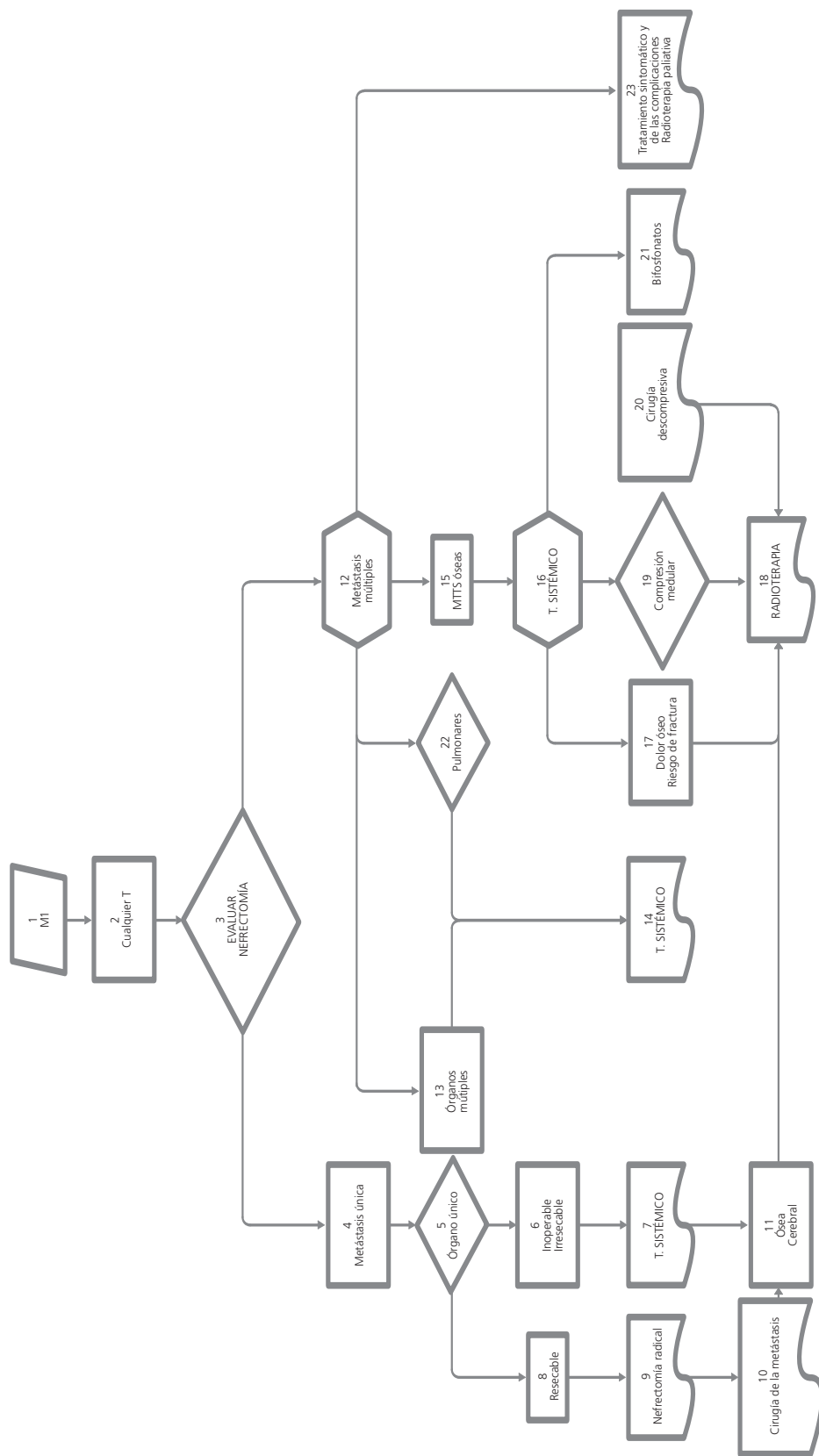
[23] TRATAMIENTO SINTOMÁTICO y de las COMPLICACIONES a medida que se presenten, incluyendo la RADIOTERAPIA PALIATIVA.

## Tumores Renales

Tratamiento

M1

Todas las recomendaciones tienen nivel de evidencia IIA salvo donde expresamente indicado



## TUMORES RENALES TRATAMIENTO SISTÉMICO

### Clasificación

A fin de adaptarse a criterios terapéuticos vigentes en publicaciones y guías de aplicación internacional para el tratamiento de carcinomas avanzados, se puede subdividir a los carcinomas de células renales en **"de células claras"** y **"no de células claras"**, aunque esta categorización no se ajusta a la clasificación de la OMS.

### Performance status

**Para ser incluido en el TRATAMIENTO SISTÉMICO, el paciente debe tener un PERFORMANCE STATUS de 0 ó 1.**

### Performance status - Escala ECOG / ZUBROD / WHO

0 = Totalmente activo: capaz de llevar a cabo todas las actividades previas a la enfermedad sin restricción.

1 = Restringido en actividad físicamente extenuante pero ambulatorio y capaz de llevar a cabo el trabajo de naturaleza liviana o sedentaria, p. ej., tareas domésticas livianas, trabajo de oficina.

2 = Ambulatorio y capaz de todos los cuidados personales pero incapaz de llevar a cabo cualquier actividad laboral. Levantado y caminando más del 50% de las horas de vigilia.

3 = Capaz sólo de cuidados personales limitados; confinado a la cama o a una silla más del 50% de las horas de vigilia.

4 = Completamente discapacitado. No puede llevar a cabo ningún cuidado personal. Totalmente confinado a una cama o silla.

5 = Muerto.

### Factores pronósticos clínicos

#### Criterios de MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center)

Performance Status (ECOG >1)

Hemoglobina (<13 u 11.5 g/%)

Calcio (>10 mg/%)

Grupo de buen, intermedio y pobre pronóstico (20, 11 y 5 meses de supervivencia)

#### Criterios de la Cleveland

Performance Status

Recuento de plaquetas (>300.000)

Recuento de glóbulos blancos (>4.500)

Calcio

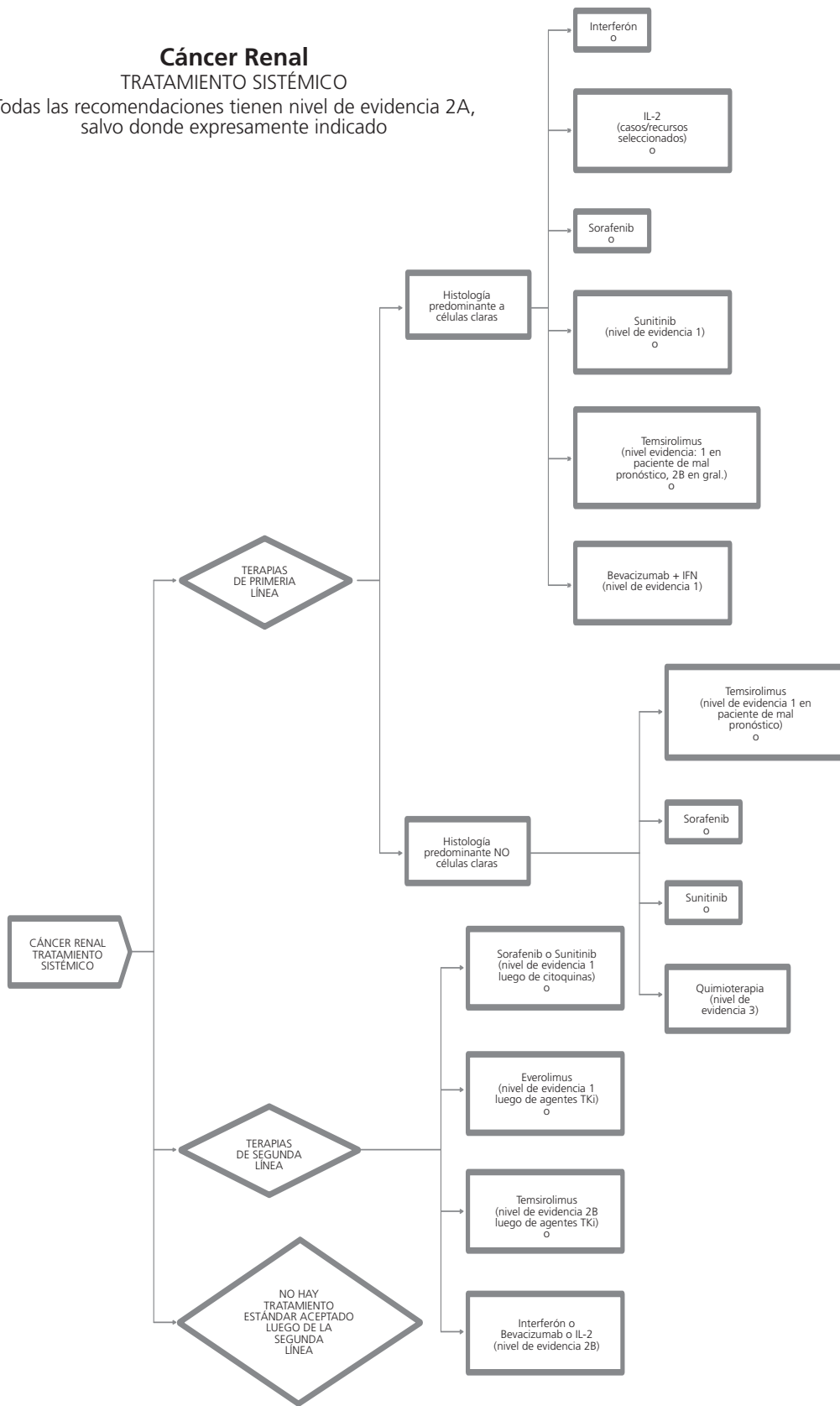
Tiempo al diagnóstico (>a 2 años)

Con 0, 1, 2 o 3 factores la supervivencia libre de progresión es de 20, 13 y 4 meses respectivamente.

### Cáncer Renal

#### TRATAMIENTO SISTÉMICO

Todas las recomendaciones tienen nivel de evidencia 2A, salvo donde expresamente indicado



**CÁNCER RENAL  
SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO  
NIVEL DE EVIDENCIA IIB**

Riesgo	Estudio	Meses de seguimiento												
				1a	2a		3a	4a	5a	7a	9a			
		03	06	12	18	24	30	36	48	60	84	108		
Bajo	Historia y examen físico		o	o		o		o		o				
	Laboratorio (1)		o	o		o		o		o				
	TC tórax (2)		o	o		o		o		o				
	RMI/TC abdomen (3)			o		o		o		o				
Intermedio-Alto	Historia y examen físico	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
	Laboratorio	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
	TC tórax		o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
	RMI/TC abdomen		o	o	o	o		o	o	o	o	o	o	o
Sospecha de Recurrencia	PET-CT (Opcional)													
	Diagnóstico diferencial de FIBROSIS													

(1) Laboratorio incluyendo química, hemograma, hepatograma, calcemia, LDH. (2) TC de tórax sin contraste –preferentemente- (o Rx de tórax después de los 3 años de seguimiento). (3) RMI (\*) de abdomen y pelvis con gadolinio –preferentemente- (o TC de abdomen y pelvis sin y con contraste). (\*) ADVERTENCIA: RMI con Gadolinio. En pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica (CL.CR. <30 ml/min), existe riesgo de Fibrosis Nefrogénica. Sistémica. Considerar otro método que no requiera Gadolinio. De ser necesaria la administración de gadolinio, utilizar gadoterato de meglumina.

**Referencias**

**Guías ESMO**

- Escudier B, Kataja V; ESMO Guidelines Working Group. Clinical recommendations. Renal cell carcinoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 20 (Supplement 4): iv81- iv82, 2009 TNM 2002.
- Greene FL, Page DL, Fleming ID et al. (eds). AJCC cancer staging Manual. Berlin/Heidelberg/New York/London/Paris/Tokyo/Hong Kong: Springer-Verlag, Berlin; 2002. Clasificación de quistes renales.
- Modificado de: Bosniak, MA. The current radiological approach to renal cyst. Radiology 1986;158(1):1-10.

**NCCN**

- The NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™ Kidney Cancer (Version 2.2010) en www.nccn.org.

**Performance Status**

- Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982;5(6):649-55.

**Tratamiento Sistémico**

- Fyfe G, Fisher RI, Rosenberg SA, Sznol M, Parkinson DR, Louie AC. Results of treatment of 255 patients with metastatic renal cell carcinoma who received high-dose recombinant interleukin-2 therapy. J Clin Oncol 1995;13(3):688-96.
- Motzer RJ, Rini BI, Bukowski RM et al. Sunitinib in patients with metastatic renal cell carcinoma. JAMA 2006;295(21):2516-24.
- Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2007;356(2):115-24.
- Hudes G, Carducci M, Tomczak P et al. Temsirolimus, interferon alfa, or both for advanced renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2007;356(22):2271-81.
- Motzer RJ. Book Review (Renal cell cancer: diagnosis and therapy. de la Rosette J, Sternberg CN, van Poppel HPA. London: Springer-Verlag; 2008. 582 pp.). N Engl J Med 2009;360:1916-7.
- Escudier BJ, Bellmunt J, Negrier S, et al. Final results of the phase III, randomized, double-blind AVOREN trial of first-line bevacizumab (BEV) + interferon-2a (IFN) in metastatic renal cell carcinoma (mRCC). J Clin Oncol 2009;27:15s, (suppl; abstr 5020). (ASCO 2009).
- Escudier B, Eisen T, Stadler WM, et al. Soralafenib in advanced

- clear-cell renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2007;356(2):125-34.
- Motzer RJ, Escudier B, Oudard S, et al. Efficacy of everolimus for advanced renal cell carcinoma: a double-blind, randomized, placebo-controlled phase III trial. Lancet 2008;372(9637):449-56.

**Imágenes**

- Guidelines on Renal Cell Carcinoma. Ljungberg B, Hanbury DC, Kuczyk MA, Merseburger AS, Mulders PFA, Patard J-J, Sinescu IC. European Association of Urology 2008.
- American College of Radiology. Acr Appropriateness Criteria(R). Renal Cell Carcinoma Staging. Date of origin: 1995. Last review date: 2007.
- Guía de Recomendaciones para la Correcta Solicitud de Pruebas de Diagnóstico por Imágenes –2008. Sociedad Argentina de Radiología.
- Wahl RL, Beanlands RSB (Eds). Principles and practice of PET and PET/TC (Second Edition). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. Chapter 8.18 Genitourinary malignancies; 366-391.
- Rathmell WK, Stadler WM, Rini BI. Rational therapeutic choices and strategies for patients with metastatic renal cancer. 2008. American Society of Clinical Oncology. 1092-9118/07/192-198.
- Dunnick NR, Sandler CM, Newhouse JH, Amis ES Jr. Textbook of Uroradiology. Fourth Edition. Wolters Kluwer Health. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Guía para la Utilización de Medios de Contraste Radiológicos. Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Octubre 2008.
- Pedrosa I, Sun MR, Spencer M, et al. MR imaging of renal masses: correlation with findings at surgery and pathologic analysis. Radiographics 2008; 28(4):985-1003.

**Anatomía Patológica**

- MacLennan G, Cheng L. Chapter 2: Neoplasms of the kidney. En: Bostwick D, Cheng L (Eds). Urologic surgical pathology. Philadelphia, PA: Mosby/Elsevier; 2008. p. 78-173.
- Eble JN et al. (Eds). Chapter 1: Tumours of the kidney. En: Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs (WHO classification of tumours). Lyon, France: IARC Press; 2004. p. 7-85.
- Cancer Protocols and Checklists. College of American Pathology. Kidney: [http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer\\_protocols/2009/Kidney\\_09protocol.pdf](http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2009/Kidney_09protocol.pdf).