

A. SÁNCHEZ MUCIENTES, R. RIVERO GUTIÉRREZ, F. RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, E. CALVO DOMÍNGUEZ, P. MUÑOZ RUBIO, Y. GÓMEZ GUTIÉRREZ.
 UNIDAD DE UROLOGÍA – HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Ablación por radiofrecuencia: Una alternativa en el tratamiento de tumores renales

Palabras clave: Tumor renal, radiofrecuencia, tratamiento alternativo.
Key words: Renal tumor; Radio frequency; Alternative treatment.

INTRODUCCIÓN

Hasta ahora el tratamiento del tumor renal de pequeño tamaño incluía la nefrectomía parcial o radical.

El progresivo aumento en el uso de estudios radiológicos, especialmente ECO y TAC, ha llevado a un incremento en la detección de tumores renales cada vez más pequeños, en personas más jóvenes, eventualmente de menor potencial maligno y que no han dado clínica. Denominados hallazgos casuales.

Existen además circunstancias que contraindican la cirugía en pacientes: mayores, con patologías severas asociadas, que disponen de un único riñón o con compromiso de la función renal.

Estos hechos han obligado a modificar el enfoque terapéutico clásico en el tratamiento del carcinoma de células renales. En los últimos años la cirugía está siendo reemplazada, en algunos casos, por terapias mínimamente invasivas, como la ablación por radiofrecuencia.

Aunque la mayor experiencia se tiene en la aplicación de

radiofrecuencia en tumores hepáticos, es a raíz de la publicación del primer trabajo sobre tumores renales en seres humanos, por Zlotta y cols., en el año 1997, cuando comienza a ser utilizada como opción en el tratamiento de tumores renales en pacientes seleccionados.

Indicaciones:

- Tumores de pequeño tamaño, menores de 5 cm, próximos a la superficie del riñón.
- Tumores solitarios, tanto primarios como secundarios.
- Tumores múltiples, asociados a enfermedades como de Von Hippel-Lindau, donde sea necesario conservar la mayor cantidad de parénquima renal funcionante.

Procedimiento:

El objetivo de la ablación por radiofrecuencia es conseguir la necrosis por coagulación del tejido tumoral, mediante la aplicación de radiofrecuencia. Ésta produce una vibración, a nivel molecular, que calienta y coagula el tejido. Temperaturas superiores a 60° C producen la muerte celular y coagulación tisular, pero requiere de 24 a 48 h para que ésta se produzca.



TAC que muestra la masa renal antes del tratamiento con RF.



TAC de control. Se observa ausencia de captación de contraste en la zona tratada.

En nuestro hospital se usa como generador de radiofrecuencia el modelo RADIONICS.

La radiofrecuencia es transmitida hasta el tumor, por vía percutánea, a través de una aguja-electrodo, simple o múltiple según el tamaño del tumor a tratar, que dispone de un sistema de refrigeración interno. La aguja es guiada hasta el centro del tumor mediante TAC o ecografía.

El control posradiofrecuencia se realiza con TAC (con o sin contraste) durante las 48 h. siguientes a la ablación.

OBJETIVOS

Cuando nos planteamos la realización de esta comunicación, nuestros objetivos fueron:

- Conocer mejor este novedoso tratamiento, incipiente en nuestro hospital.
- Evaluar las necesidades planteadas y/o los cuidados de enfermería que precisaron los enfermos sometidos a radiofrecuencia durante su ingreso en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Asesoramiento y datos recopilados por el radiólogo intervencionista.
- Estudio descriptivo-retrospectivo de 12 ablaciones por radiofrecuencia en 9 pacientes ingresados en la unidad de Urología del H.C.U.V. durante el periodo comprendido desde febrero de 2003 hasta marzo de 2005 realizado a través de las 9 historias clínicas.

RESULTADOS

- TRES pacientes fueron sometidos a una segunda ablación durante un segundo ingreso.



Nº	EDAD	ANTECEDENTES	LOCALIZACIÓN		TAMAÑO
1	17	Enf. de Von Hippel-Lindau	R. Izqdo.	Borde anterior	
			R. Drcho.	Borde externo	-
1'	"	Ídem	R. Izqdo.	Borde anterior	
			R. Drcho.	Borde externo y polo inferior	-
2	70	Monorreno	R. Izqdo.	Polo superior	4,5 cm
2'	"	Ídem	" "	" "	"
3	62	Ca. de pulmón-HTA EPOC-TBC urinaria	R. Izqdo.	Zona media	2,5 cm
4	63	Sin interés	R. Izqdo.	Polo inferior	2 cm
5	57	Monorreno	R. Izqdo.	Tercio medio	3 cm
5'	"	Ídem	" "	Posterolateral inf.	-
6	70	Sin interés	R. Izqdo.	Polo inferior	1,5 cm
7	68	Sin interés	R. Izqdo.	Tercio medio perif	1 cm
8	29	Sin interés	R. Izqdo.	Tercio medio perif	2,4 cm
9	32	Sin interés	R. Izqdo.	Tercio medio	2 cm

- SIETE ablaciones corresponden a pacientes con patología que contraindicaba la cirugía.
- En el 100% se utilizó anestesia general para el procedimiento.
- Se precisó la administración de analgesia en 4 de los procedimientos. La mitad de ellos en las primeras 8 h. La otra mitad mantenida durante 48 h.
- En una de las ablaciones se produjo una R.A.O. con hematuria que se resolvió con sondaje, mantenido durante 24 h.
- La estancia media posradiofrecuencia en la unidad fue de 4 días (de 2 a 5 días).
- CINCO ablaciones corresponden a tumores de «hallazgo casual».
- Se utilizó anestesia epidural en el 60% y anestesia general en el 40% restante.

- Se precisó la administración de analgesia en 2 de los procedimientos, en las primeras 8 h.
- La estancia media posradiofrecuencia en la unidad fue de 2,6 días (de 2 a 4 días).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los problemas detectados se resolvieron mediante las actividades descritas en los planes de cuidados para intervención bajo anestesia general o intervención bajo anestesia epidural.

Derivados de la ablación aparecieron dos problemas para los que se proponen las siguientes actividades:

PROBLEMA	ACTIVIDADES
Dolor secundario a la ablación por R.F.	<ul style="list-style-type: none"> – Vigilar características del dolor: tipo, lugar e intensidad. – Informar de la importancia que tiene el avisar cuando comience el dolor. – Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos previstos. – Valorar la eficacia de la analgesia administrada. – Observar manifestaciones no verbales del dolor.
Riesgo de retención urinaria	<ul style="list-style-type: none"> – Vigilar la primera micción. – Vigilar aparición de globo vesical: distensión abdominal, dolor. – Control de diuresis. – Si retención: aplicar medidas para fomentar la micción: intimidad, dejar correr el agua... – Aplicar ayuda para facilitar la micción: maniobra de Credé (presión manual sobre la vejiga). – Insertar catéter urinario si procede.

CONCLUSIONES

El tratamiento de determinados tumores renales con radiofrecuencia presenta como ventajas respecto a la cirugía:

- Es un procedimiento mínimamente invasivo.
- Precisa una corta estancia hospitalaria.
- Requiere menor número de actividades de enfermería. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- J.I. Pascual Piedrola; V. Grasa Lanau; J. Aldave Villanueva Y Cols. «Experiencia Inicial En La Ablación Percutánea Con Radiofrecuencia De Los Tumores Renales» Arch. Esp. Urol ,57, 10 (1.113-1.119), 2004.
- Revista *Radiología* 2005 , 47 (4): 201-4.
- Gervais, D.A.; McGovern, F.J. y Cols. «Radiofreqcy Ablation Of Renal Cell Carcinoma: Indications, Results, And Role». *Ajr* 2005;185: 64-71.
- Gervais, D.A.; Arellano, R.S. y Cols. «Radiofrequency Ablation Of Renal Cell Carcinoma: Lessons From 100 Cases». *Ajr* 2005;185: 72-80.