

# Incidencia del Tumor de Wilms 90-97 ION-SOLCA GUAYAQUIL

Dr. Guillermo Paulson (1)

Dr. M. Gubitz (2)

Dr. Enrique Bonilla (3)

Dr. Luis Espin (4)

Dra. Janeth Hidalgo (5)

Dra. Amada Carvajal (6)

(1) Jefe Servicio Onco-Pediatría ION-SOLCA

(2) Urólogo ION-SOLCA

(3) Pediatra ION-SOLCA

(4) Pediatra ION-SOLCA

(5) Residente Post-Grado Pediatría ION-SOLCA

(6) Residente Servicio de Pediatría ION-SOLCA

## Abstracto

El nefroblastoma (Tumor de Wilms), es uno de los tumores sólidos malignos más frecuente en la infancia. En el período entre 1990-1997 que comprende este estudio, se encontraron 37 casos de tumores renales en niños, de los cuales 30 fueron nefroblastomas confirmados con estudios histopatológicos realizados en el hospital. A todos se los sometió al protocolo de la SIOP (Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica), que consistió en quimioterapia pre-operatoria con tratamiento adjuvante de acuerdo al resultado histopatológico. Se encontró una probable de sobrevida global del 72% a los 4 años.

**Palabra Clave:** Nefroblastoma.

## Abstract

The nefroblastoma (Tumor of Wilms), it is the malignant solid tumor more frequent in the infancy. In the period between 1990 – 1997 we found 37 cases of renal tumors in children, of those 30 were to nefroblastoma confirmed with study histopatologic in our hospital study. All was submitted to the protocol SIOP (Internacional Society of Pediatric Oncology) and was them accomplished the follow-up, finding a rate of overlife global of 72%, during the follow-up 5 patient expired which corresponds to the 16% of the total, their cause were multiple.

**Key Words:** Nefroblastoma Wilms Tumor.

## Introducción

En la infancia el nefroblastoma es el tumor sólido maligno que predomina, representa el 6% de los tumores malignos en niños, su incidencia se calcula en 7,8 por millón de habitantes en menores de 15 años de edad, no existe diferencia significativa en cuanto al sexo o a la raza.

El 70% de los casos se diagnostican a una edad media de 3,6 años, se han descrito casos de incidencia familiar por lo que se ha sugerido transmisión genética.

Los grandes progresos en la quimioterapia y cirugía han permitido que este tipo de tumor relativamente frecuente en la infancia tenga tasas tan altas de supervivencia, que con favorables del 80% o más períodos de 15 años de seguimiento.

## Materiales y Métodos

Este estudio se realiza en el ION-SOLCA Guayaquil de 1990 a 1997, se revisaron un total de 37 expedientes clínicos de pacientes con tumores renales, en niños menores de 15 años, de los cuales solo 30 casos estaban confirmados, por estudios histopatológicos, con diagnóstico de nefroblastoma (Tumor de Wilms). Los otros 7 pacientes aunque fueron tratados como nefroblastoma,

Correspondencia y Separatas  
Dr. Guillermo Paulson  
Servicio Onco-Pediatrico, ION-SOLCA  
Avda. Pedro J. Menendez Gilbert  
Ciudadela La Atarazana  
P.O.Box: 5255 o 3623  
Guayaquil - Ecuador  
Telf.:288088 Fax: (5934) 278-151

© Los derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA, Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador



pero no se confirmó la anatomía patológica, por lo que fueron excluidos de este estudio.

En cada uno de estos casos se revisaron de los expedientes clínicos datos generales del paciente incluyendo: edad, sexo, procedencia, motivo de consulta, tiempo de evolución, además estadio tumoral, histología, sitios de metástasis, tratamiento, y estado actual de la enfermedad.

El protocolo del tratamiento que recibieron fue el de la SIOP del año 1997. Este protocolo consistía en una quimioterapia pre-operatoria, en la cual recibían Actinomicina D y Vincristina por 4 semanas y a la quinta semana se realizaba la cirugía.

En el Estadio I recibían una terapia complementaria mínima, en el estadio II-III recibieron Actinomicina D, Vincristina, Epirrubicina por 28 semanas, +/- radioterapia dependiendo si había compromiso del lecho renal. El estadio IV y aquellos pacientes de histología desfavorables recibieron Etoposido y Carboplatino alternado con Ifosfamida y Epirrubicina por 34 semanas más Radioterapia.

### Resultados

De los 30 pacientes, el 56% eran del sexo femenino y el 43% del sexo masculino, la edad de mayor incidencia fue entre 1 y 2 años (fig. 1). La mayoría de los pacientes fueron de zonas rurales en un total del 46% (17 pctes.), la mayor parte de los tumores fueron descubiertos por un familiar 83% (25 pctes.), el resto fue descubierta por el médico.

0 - 1 años	16%
1 - 2 años	40%
3 - 4 años	10%
5 - 6 años	23%
7 - 8 años	6%
> 8 años	3%

fig. 1 Incidencia por edades

Se asoció además de masa otra sintomatología como: Hematuria 3%, dolor 16%, fiebre 26%, pérdida de peso 26%. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de menos de 3 meses en el 83% y en más de 3 meses en el 16%. El 60 % de los tumores se localizaron en el lado

izquierdo y 36.66% en el lado derecho y 3% era bilateral.

En lo referente al Estadio tumoral se encontró que en Estadio I hubo 9 casos (30%), Estadio II 10 casos (33%), Estadio III 1 caso (3%), Estadio IV 9 casos (30%), y bilateral 1 caso (3%).

El 20 % de los pacientes se presentaron con metástasis pulmonares al momento del ingreso, y el 10% presentaron metástasis pulmonares en el transcurso del tratamiento. Otros sitios de metástasis fueron 13% ganglios linfáticos, 10% hígado, 6% bazo y páncreas, 3% en vena cava inferior, tejido perirrenal, peritoneo, vasos del hilio, pelvis renal, epiplón mayor, borde quirúrgico y grasa respectivamente.

En cuanto a la anatomía patológica 8 pacientes tuvieron de histología favorable correspondiente al patrón mixto blastomatoso y epitelial clasificados en estadio I, 9 pacientes fueron de estadio II y 8 pacientes de estadio IV. Los que correspondían a histología desfavorable se los clasifico como sarcomatosos a 3 pacientes y 2 como anaplasicos.

Tratamiento Recibidos		
QT+ Cirugía + QT	56%	17 pacientes
QT+ Cirugía + QT + RT (lecho tumoral)	16%	5 pacientes
Cirugía + QT + RT	13%	4 pacientes
Cirugía + QT	10%	3 pacientes
QT + Cirugía	3%	1 pacientes

Figura 2

La sobrevida de los pacientes que aun están en seguimiento es del 46% distribuida de la siguiente manera:

• < a 12 meses	13%	4 pacientes
• 12 a 24 meses	0%	0 "
• 24 a 36 meses	16%	5 "
• > 36 meses	10%	5 "

Figura 3

Pacientes perdidos a seguimiento fueron 8 casos (26%), clasificados de la siguiente manera:



• 1 a 12 meses	0%		
• 12 a 24 meses	10%	3	pacientes
• 24 a 36 meses	16%	5	"
• 36 a 48 meses	0%		

**Figura 4**

Los pacientes que fallecieron durante el periodo de seguimiento fueron 5 (16.66%), o de los cuales 4 casos fueron por recaída de su enfermedad, y un caso por complicación en el acto quirúrgico.

• 0 a 1 mes	3%	1	paciente
• 1 a 12 meses	6%	2	"
• 12 a 24 meses	6%	2	"

**Figura 5**

## Discusión

El tumor de Wilms es una de las patologías tumorales infantiles más frecuentes en nuestro medio al igual que en el resto del mundo, la tasa de supervivencia que hemos obtenido del 46% en el estudio, no refleja a las encontradas internacionalmente, pero si a este porcentaje se le suma el 26% de los que están perdidos a seguimiento encontraremos que posiblemente la tasa de sobrevivencia llegue al 72%, lo que nos da una pauta mas real de nuestros resultados y que además son mas compatibles con los reportados en otros trabajos publicados en la literatura.

Existen factores que no permiten obtener mejores resultados en nuestros pacientes, como es el tener una asistencia de salud parcialmente autohnaniciada. Los tratamientos no

son completados por los pacientes, es decir, no regresan después de iniciados los primeros ciclos o después de realizada la cirugía. Además un factor que incide también en nuestros resultados, es que, generalmente estos pacientes son de bajo nivel socioeconómico y que además viven en áreas rurales.

Hay que hacer notar que el protocolo SIOP fue en general bien tolerado por nuestros pacientes, no hubo mayor toxicidad, no se reportaron intolerancias a la quimioterapia a pesar de que una gran mayoría de los pacientes son considerados desnutridos, que en otros tipos de patologías tumorales se observan una gran cantidad de efectos colaterales, sobretodo toxicidad hematológica, con la quimioterapia.

En lo que concierne a los otros factores estudiados como: edad, sexo, tiempo del diagnóstico, tipo de tratamiento recibido, no diferimos en mucho con los datos que se obtienen de la literatura internacional, esto nos hace reflexionar que debemos insistir que el seguimiento y perfecto cumplimiento de los protocolos de tratamientos son la base para el éxito.

## Bibliografía

- L. Sierra Sisumaya F. Calvo. Oncología Pediátrica 1992 Primera edición 502-510.
- Phipip A Pizzo, David G. Poplack Principio de Pediatría Oncológica 1997 Tercera Edición 733-755.
- Gerald P Murphy MD., Walter Lawrencw Jr MD., Oncología Clínica, 1996 Segunda Edición., Pagina 363-603-605.
- Vicent T .De Vita Jr., Samuel Hellman, Steven A. Rosembery, Principios y Practica de Oncología., 1984 Tomo 1., Pagina 1153-1177-1184.
- KJ Isselbuchis, E. Braunwald, J. Wilson, Principles of Internal Medicine 1994-13 Edición., Pagina 1338-1339.

## VALOR DEL AUTOEXAMEN MAMARIO

El autoexamen de los senos y la ecomamografía tienen un valor importante en el diagnóstico precoz del Cáncer de Mama. Es importante su realización bajo el concepto de que si no sirve para salvar una vida, sirve para salvar una mama.