

Tumor de Wilms

Reporte de 22 casos observados en el período
comprendido entre 1954 y 1964, inclusive

Por

Dr. Arturo Robles *
Dr. Roberto Ortiz B. **
Dr. Carlos Arrea B. ***

Dr. Sergio Guevara F. ****
Dr. Joaquín Acevedo S. *****
Dr. Guido Alvarez C. *****

INTRODUCCION

Presentamos en este trabajo 22 casos debidamente comprobados por estudio histológico de Tumor de Wilms, encontrados y tratados en nuestro medio, durante el período comprendido entre 1954 y 1964 inclusive. En ellos se han analizado sus manifestaciones clínicas, los métodos de diagnóstico utilizados, su manejo médico quirúrgico, los errores cometidos y finalmente, —y en función de todo lo anterior— su pronóstico y los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODOS:

Se hizo un análisis retrospectivo de 22 casos que ingresaron al Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre 1954 y 1964 inclusive, a quienes se les comprobó por estudio histopatológico el diagnóstico de Tumor de Wilms.

El análisis se hizo en base a los siguientes datos:

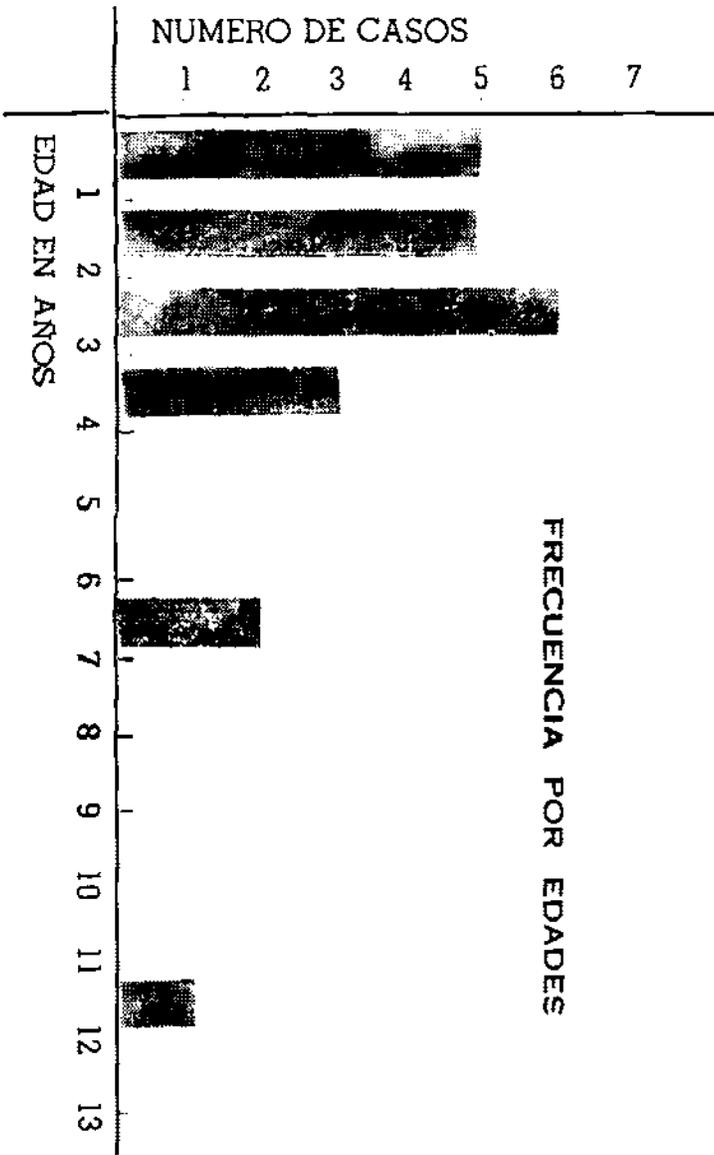
- 1) Cuadro Clínico.
- 2) Métodos diagnósticos empleados
- 3) Métodos terapéuticos empleados:

Datos relativos a la intervención quirúrgica, a la evolución post-operatoria, a la radioterapia y al uso de la actinomicina.

* Residente de Cirugía, Hospital Nacional de Niños.
** Jefe del Servicio de Cirugía, H. N. de N.
*** Jefe de Clínica de Cirugía, H. N. de N.
**** Asistente de Cirugía, H. N. de N.
***** Asistente de Cirugía, H. N. de N.
***** Residente de Cirugía, H. N. de N.

Gráfico N° 1

TUMOR DE WILMS



4) Evolución Ulterior.

Al analizar estos datos se obtuvieron los siguientes resultados

RESULTADOS :

1) Cuadro Clínico:

La edad de presentación clínica del Tumor fluctuó entre siete meses y 11 años; encontrándose un franco predominio en la lactancia y la edad preescolar.

La historia clínica relacionada con la aparición del Tumor y los síntomas agregados presentó variantes extraordinarias. Algunos eran asintomáticos hasta que la exploración pediátrica metódica puso de manifiesto la masa (3 casos). En otros los familiares habían observado ellos mismos la masa desde el nacimiento (un caso de siete meses y otro de un año y ocho meses de edad). En otros tres casos la observación del Tumor por los familiares era reciente (10 días, 2 meses y 3 meses antes de su ingreso). En el resto de la serie la masa se acompañó de síntomas en forma variada: en dos casos la hematuria fue el primer síntoma; en otros dos el ataque al estado general y la fiebre. En tres pacientes la fiebre se presentó al mismo tiempo que la masa y otro presentó hematuria simultáneamente con el tumor.

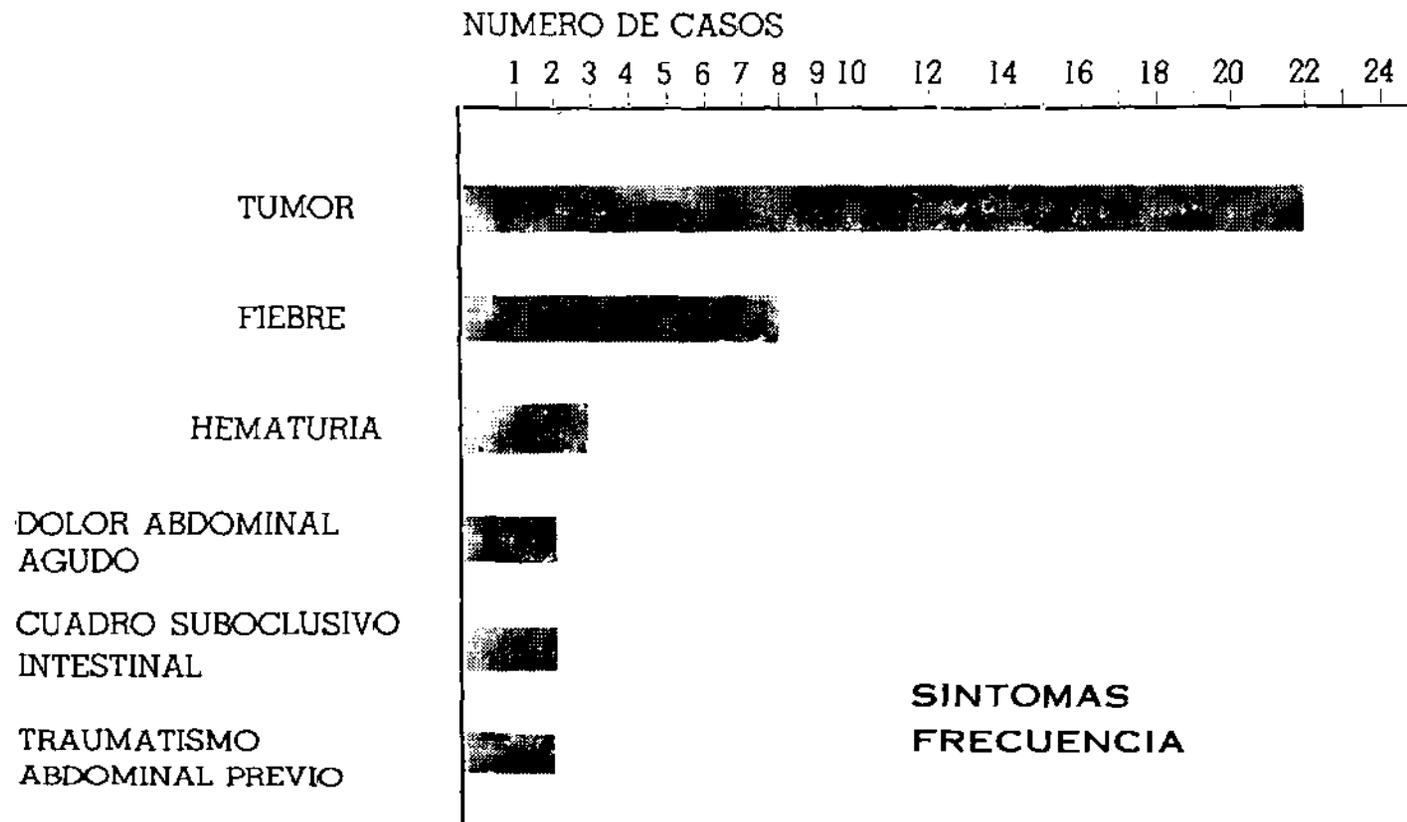
Merece llamar la atención sobre dos casos en los cuales se presentó un cuadro doloroso abdominal agudo meses antes de la aparición de la masa, que obligaron a intervenir con el diagnóstico de apendicitis, sin que fuera posible descubrir aún indicios de crecimiento renal durante la exploración quirúrgica (infartos renales?)

Finalmente, dos casos llaman la atención por relatarse entre sus antecedentes el hecho de haber presentado un traumatismo abdominal, a partir del cual los familiares observaron el inicio del desarrollo de la masa (Esto podría explicarse como hematomas intracapsulares, consecuencia del traumatismo sobre un tumor ya en desarrollo).

En lo referente a exploración física, ningún caso mostró otro dato de interés que la masa abdominal y el ataque al estado general. La masa tumoral se encontró descrita en la mayoría de los casos como dura, fija a planos profundos, variable en su tamaño, pero la mayor parte de las veces ocupando hipocondrio,

Gráfico N° 2

TUMOR DE WILMS



flanco y parte del epigastrio y del mesogastrio. En algunos casos se describe como llegando a la fosa ilíaca y en otros hasta la línea media. En cuanto al lado de presentación, hubo un predominio del lado izquierdo (13 casos) sobre el lado derecho (3 casos).

2) Métodos diagnósticos empleados:

Se practicó pielograma intravenoso a 10 casos. El resultado fue exclusión total del riñón correspondiente al lado del tumor en 8 pacientes, y deformación de la pelvicilla en los otros dos.

En cuatro exámenes de orina se encontró eritrocituria en 4 casos, en 4 leucocituria, en 3 albuminaria. El resto no mostraba alteraciones de interés en la orina.

3) Métodos terapéuticos:

De los 22 casos, 21 fueron intervenidos quirúrgicamente. El otro no se operó en vista de su precario estado general. En casos no fue posible la extirpación del tumor y solamente se tomó biopsia. En el resto se hizo disección y extirpación de la masa, previa ligadura de los vasos renales.

Durante el post-operatorio inmediato, 14 pacientes presentaron fiebre.

En los tres casos en que no se quitó el tumor la evolución fue rápida hacia la muerte en dos. En el otro se practicó radiación post-operatoria e ingresó por segunda vez a las pocas semanas, para morir unos días después.

Los 18 casos en que se logró extirpar el tumor, "con excepción de uno", recibieron radiación post-operatoria en dosis variables en 150 a 300 r. hasta llegar a totales acumulativos variables entre 3.800 r y 9.000 r. Los últimos 6 casos (en orden cronológico) recibieron además actinomicina D intravenosa a la dosis de 15 mcgm por kilo de peso, durante períodos que variaron entre 6 y 8 días.

Uno de estos últimos pacientes falleció con deterioro progresivo de su estado general durante los días que siguieron a la intervención.

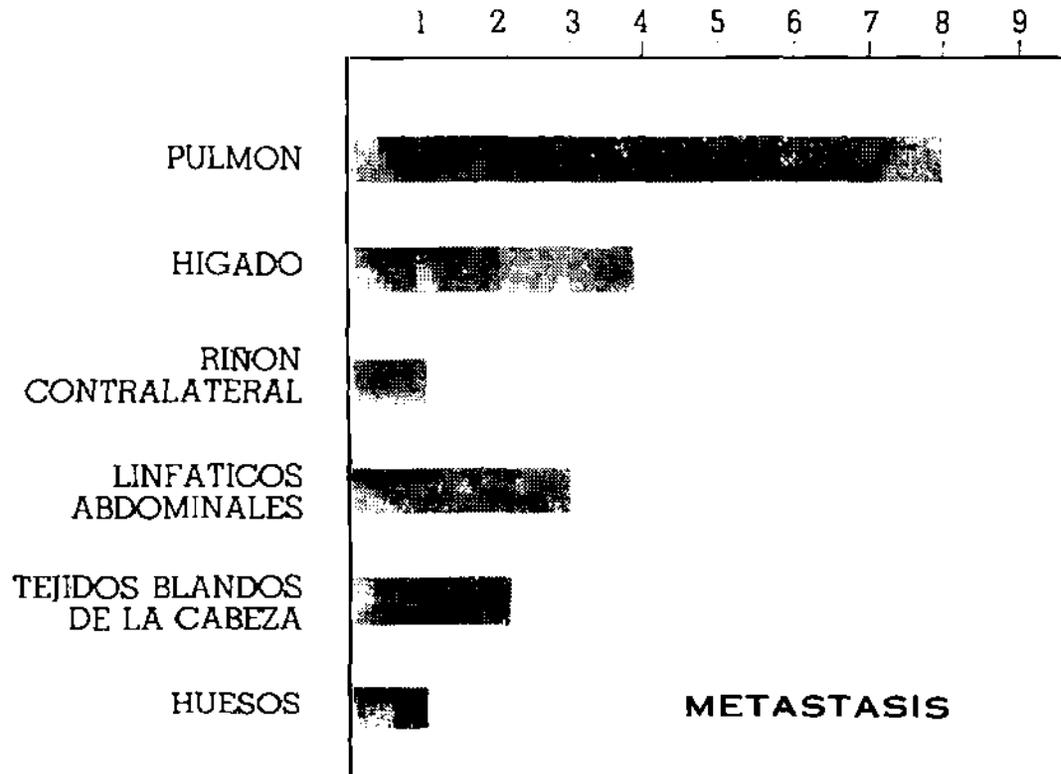
4) Evolución Ulterior:

La Evolución Ulterior de los 17 casos restantes fue la siguiente:

Gráfico N° 3

TUMOR DE WILMS

NUMERO DE CASOS



te, 13 de ellos fueron controlados hasta conocer el resultado final que fue como sigue: 2 de ellos están completamente curados. Otros dos se encuentran vivos, pero con metástasis avanzadas.

De los otros 9, 5 fueron controlados periódicamente y tres de ellos reingresaron para radiación de sus metástasis. Sin embargo todos murieron, cuatro en su domicilio y el otro en un hospital regional.

Los restantes cuatro pacientes no siguieron control ninguno y regresaron al hospital en muy malas condiciones generales, con metástasis muy avanzadas y murieron poco después.

El resto de la serie queda constituido por 4 casos no localizados. De ellos 2 fueron vistos por última vez cerca del período crítico de curación en buenas condiciones generales y sin evidencias de metástasis. En la actualidad ya han llegado al límite crítico de la curación sin que hayan regresado al hospital, lo cual pareciera ser indicio de curación.

De los otros dos casos no localizados uno fue visto en buenas condiciones poco después de su intervención y el otro fue radiado por metástasis ganglionares abdominales al poco tiempo de operado. Ambos estaban muy lejos de alcanzar el período crítico de curación cuando fueron vistos por última vez, y deben considerarse por lo tanto como fallecidos.

Por lo que se refiere a las metástasis, considerando en conjunto toda la serie de casos, se encontró que en ocho se evidenciaron en pulmones, en cuatro en el hígado, en tres en los ganglios linfáticos intra-abdominales, en dos en los tejidos blandos de la cabeza y en el riñón contra lateral en un caso, mientras que en los huesos largos solamente en un caso.

El tiempo en que se presentaron estas metástasis después de la extirpación del tumor primario fue variable, fluctuando entre tres meses y dos años y medio. Estas metástasis fueron tratadas con sesiones de radio terapia en todos los casos y en 3 de ellos se usó además actinomicina D a la dosis de 15 mcgm por kilo de peso por ocho días, siempre con resultados pobres.

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

Revisada esta serie de 22 casos de Tumor de Wilms, se ponen nuevamente de manifiesto conceptos ya bien establecidos con respecto a la naturaleza, evolución y pronóstico de esta entidad.

DETALLE DE LA CURACION SEGUN EL CRITERIO
DE COLLINS

Paciente	X.M.Z.	A.O.P.
Edad en el momento de la operación	1 año	9 meses
Edad del tumor en el momento de la operación	1 a 9 m.	1 o 6 m.
Tiempo transcurrido entre la operación y la última entrevista	6 años	3 años

Tabla N° 1

De este análisis se concluye que este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en los primeros cuatro años de la vida; que está caracterizado clínicamente por una masa de consistencia dura, de dimensiones variables localizada al área renal. Síntomas secundarios pueden acompañarla, principalmente la fiebre, ataque al estado general, hematuria y cuadro sub-oclusivo intestinal. En algunos casos existe el antecedente de traumatismo abdominal previo como dato curioso y en algunos otros el dolor abdominal puede estar presente y llegar a adquirir importante intensidad.

A pesar del tratamiento oportuno las metástasis son frecuentes y en nuestra serie las encontramos en primer lugar en pulmones, en segundo lugar en hígado, en tercer lugar en los ganglios abdominales, en cuarto lugar en los tejidos blandos de la cabeza y finalmente en los huesos largos y el riñón contra-lateral.

En lo que respecta a los resultados del tratamiento y el pronóstico, hemos adoptado como base para considerar la curación el concepto de Collins. Con este criterio consideramos curados dos casos, pues han ido mucho más allá del período crítico. Otros casos no pudieron ser detectados antes de concluir este trabajo, pero en la última entrevista no tenían evidencias de metástasis y en la actualidad uno pasó el período crítico y otro está a punto de hacerlo. Es de suponer que si las presentaran ya hubieran acudido al hospital.

Al analizar los factores que pudieran intervenir en la efectividad del tratamiento y en el pronóstico, se obtuvieron los siguientes informes:

- 1) Los casos no tratados evolucionaron todos hacia la muerte en corto plazo.
 - 2) De los casos tratados con Cirugía y radioterapia dos curaron, uno es posible que haya curado, no localizado, otro vive con metástasis, seis murieron y dos no localizados probablemente murieron.
 - 3) De los casos tratados con Cirugía, radioterapia y actinomicina, uno vive con metástasis, otro es posible curado no localizado y los otros cuatro murieron.
 - 4) En los cinco niños operados antes del año de edad se lograron dos curas (40%), otro caso no localizado es posible cura, otro posible muerte y el restante muerte comprobada. En las demás edades, salvo una posible cura no localizada operado de tres años todos murieron.
-

DETALLE DE LAS CONDICIONES EN QUE SE
ENCUENTRAN DOS CASOS DE DETECTADOS
A LA FECHA, AMBOS DENTRO DEL PERIODO
CRITICO DE LA CURACION

Paciente	D.L.C.	J.L.Z.C.
Edad en el momento de la operación	8 m.	4 años
Edad del tumor en el momento de la operación	1 a 5 m.	4 a 9 m.
Tiempo transcurrido entre la operación y la última entrevista	6 m.	2 a 8 m.
Tiempo transcurrido entre la operación y la actualidad	1 a 6 m.	4 años

Tabla N° 2

RESULTADOS SEGUN EL TRATAMIENTO

(22 casos)

GRUPOS	Curas	Vivos con Metástasis	Muertos	No localiz. posibles curas	No localiz. posibles muertes	Total
Ningún Tratamiento			3			3
Sólo Cirugía			1			1
Sólo Rayos X			1			1
Cirugía más Rayos X	2	1	5	1	2	11
Cirugía más Actinomicina Rayos X más		1	4	1		6
TOTAL	2	2	14	2	2	22

Tabla N° 3

RESULTADOS SEGUN LA EDAD EN QUE
SE ESTABLECIO EL TRATAMIENTO

Edad en el momento del tratamiento	Curas	Vivos con Metástasis	Muertos	No localiz. posibles curas	No localiz. posibles muertos	Total
0 - 1 años	2		1	1	1	5
1 - 2 años		1	4			5
2 - 3 años			5		1	6
3 - 4 años			2	1		3
6 - 7 años		1	1			2
11 - 12 años			1			1
TOTAL	2	2	14	2	2	22

Tabla N° 4

RESULTADOS SEGUN EL TIEMPO TRANSCURRIDO
ENTRE EL DIAGNOSTICO Y LA INTERVENCION
QUIRURGICA

(En 2 sólo Biopsia)

	Curas	Vivos con Metás- tasis	Muer- tes	No localiz. posibles curas	Nº localiz. posibles muertes	Total
Tratados dentro de la 1ª semana desp. del Diagnóstico	2	2	7	2	1	14
Tratados dentro de la 2ª semana desp. del Diagnóstico			1			1
Tratados dentro de la 3ª semana desp. del Diagnóstico					1	1
Tratados después de la 3ª semana			5			5
TOTAL	2	2	3	2	2	21

Tabla Nº 5

RESULTADOS DE ACUERDO CON EL NUMERO DE
SINTOMAS QUE PRESENTABA CADA PACIENTE

Síntomas	Curas	Vivos con Metás- tasis	Muertos	No localiz. posibles vivos	No localiz. posibles muertes	Total
Sólo Tumor	2	2	2			6
Tumor más 1 Síntoma			7	1	2	10
Tumor más 2 síntomas						2
Tumor más 3 síntomas			3	1		4
TOTAL	2	2	14	2	2	22

Tabla N° 6

- 5) Entre los casos intervenidos dentro de la primera semana después de establecido el diagnóstico se encuentran los dos casos curados y las dos posibles curas no localizadas. Los intervenidos después de la tercera semana de hecho el diagnóstico murieron todos siendo la masa técnicamente inextirpable en dos de ellos.
- 6) De seis pacientes cuya primera manifestación fue la presencia de la masa sin ningún otro síntoma acompañante, dos están curados, dos viven con metástasis y dos murieron. De los posibles vivos no detectados, uno presentaba un síntoma además de la masa y el otro tres síntomas. El resto de los casos que presentaban variedad de síntomas murieron todos (2 no detectados).

En resumen con base en esta experiencia de 22 casos revisados, se concluye que para obtener mejores resultados en el tratamiento del Tumor de Wilms, el diagnóstico debe ser precoz, cuando aún no hayan aparecido nuevos síntomas aparte de la masa; la intervención debe realizarse inmediatamente que se haya establecido el diagnóstico y ser seguida de radiación adecuada. En estas condiciones los pacientes menores de un año y en buen estado general son candidatos ideales para obtener la cura definitiva.

REFERENCIAS

- 1) CAMPBELL, M. F.: *Clinical Pediatric Urology*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1951, p. 710.
 - 2) R. GROSS: *The Surgery of the infancy and Childhood*. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1953, p. 588.
 - 3) OWINGS, R. S.: Wilms Tumor: an evaluation of prognosis and treatment. *Surgery*, 46: 864, 1959.
 - 4) SCOTT, L. S.: Wilms' Tumor. Its Treatment and prognosis. *Brit. M. J.* 4950: 200, 1956.
 - 5) SILVA, M.: Tumor de Wilms, Reporte de 100 casos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 20: 469, 1963.
 - 6) AGUIRRE, A.: Quimioprofilaxis de metástasis tardías con actinomicina después de la cirugía del Tumor de Wilms. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 22: 199, 1965.
-