

El Diagnóstico Precoz de los Tumores Abdominales en la Infancia.

Por

Dr. Marcial Fallas Vargas *

No hay que insistir en la importancia de los tumores abdominales ya que esta localización sólo es excedida, en frecuencia, por la leucemia y los tumores del cerebro, y en algunas estadísticas sólo por la primera (como por ejemplo la de Kiesewetter y Mason que comprende 404 casos de los cuales: 170 corresponden a leucemia y linfoma, 84 al riñón, suprarrenal y simpático 75 al sistema nervioso central, 12 a los huesos y 63 a diversas localizaciones).

Si tenemos en cuenta que los tumores renales representan en el niño el 20 por ciento de todos los tumores (el 25 por ciento, según Peña), y que en algunas estadísticas norteamericanas el neuroblastoma abdominal es el tumor más frecuente en la mencionada región según Mellicow y Uson, de 258 tumoraciones abdominales palpables, muchas de ellas no neoplásicas, el 30 por ciento y el 33 por ciento correspondían a tumores de Wilms y neuroblastomas respectivamente, resulta evidente la importancia capital de los tumores retroperitoneales.

La mayoría de estadísticas norteamericanas y algunas inglesas (Bodian) coinciden en considerar que el tumor de Wilms y el neuroblastoma representan el 90 por ciento de los tumores abdominales. El Prof. Carulla hace unos 6 años revisó su estadística de cáncer en la infancia. La frecuencia es de casi el 2 por ciento en relación con la del adulto. En lo que se refiere a la localización tumoral y características histológicas ha comprobado el siguiente orden de frecuencia:

* Sub-Director Departamento de Epidemiología.

1º) Riñón con frecuencia de un 35 a un 40 por ciento; 2º) el linfosarcoma y reticulosarcoma; 3º) los retinoblastomas; 4º) los tumores del sistema nervioso; 5º) las tumoraciones óseas; 6º) los condomas; 7º) tumores diversos.

Los tumores en la infancia tienen una característica de importancia capital, acerca de la cual ha insistido Fevre. A diferencia de los del adulto, es muy frecuente la existencia de dos fases claramente delimitadas.

1ª Fase de latencia. En ella el tumor es habitualmente la única manifestación característica que observamos con mucha frecuencia en el tumor de Wilms.

2ª. Fase explosiva, en la cual el tumor se difunde rápidamente, siendo entonces ya demasiado tarde para obtener la curación. El paso de una fase a otra se efectúa, por desgracia, en muy pocos días. Sólo una diagnóstico precoz en la primera fase de latencia, en la cual únicamente existe un abultamiento anormal. Ahora bien, aunque el niño sea revisado cada mes por el puericultor, es muy fácil que pase desapercibido un pequeño tumor, sobre todo si no se piensa en la posibilidad de su existencia. El conocimiento por los profanos de esta posibilidad, además de incrementar el número de tumores, ya elevado, descubiertos por las personas que cuidan del niño, permitirían un diagnóstico más precoz. No olvidemos que el niño debido a los cuidados de limpieza a que obliga la forma espontánea con que realiza sus necesidades fisiológicas, "es en el primero año de la vida palpado y tocado como no lo será en el resto de su existencia. Pero esta palpación, no premeditada, la efectúan manos cariñosas pero ignorantes.

En algunas latitudes, España y países próximos, el problema que plantean los tumores abdominales es mucho más grave que en los Estados Unidos. Fevre hace unos años comparaba las estadísticas francesas del tumor de Wilms, con una supervivencia que no alcanzaba de 10 al 20 por ciento, con algunas estadísticas norteamericanas que mostraban un 58.4 por ciento de curaciones. Entre nosotros son pocos los casos de tumor de Wilms y de neuroblastomas curados. El profesor Sansone publicó en 1952, doce casos de tumor de Wilms observados en el último bienio. De ellos sólo vivía uno que hacía meses que estaba operado. Las estadísticas son pues desalentadoras. Aunque en estos últimos años hay motivo para mirar el porvenir con más optimismo.

¿Cómo podemos mejorar el pronóstico? Un hecho fundamental que hay que tener en cuenta es que el tumor abdominal más

frecuente, el de Wilms, es habitualmente asintomático y es una revisión médica, una visita por otra enfermedad, o los padres, los que descubren casualmente la existencia del tumor. De cinco casos publicados por Everett Koop, todos eran asintomáticos. El primero fue encontrado en una revisión pediátrica; el segundo, lo descubrió la madre, la cual aseguraba que no existía el día anterior; tercero se detectó cuando un médico local creyó conveniente revisar el niño antes de administrar una vacuna profiláctica; el cuarto tumor lo descubrió el padre y el quinto se pensó que tenía un tumor aun cuando no podía palpase masa alguna y luego no por ello resultó el tumor de Wilms más pequeño de la serie. Por último para no fiar demasiado en cualquier procedimiento diagnóstico, Koop señala el caso de un riñón normal con una pirámide deformada que se confundió con un tumor de Wilms. De estos cinco casos tres no tenían más de un año al ser descubierto el tumor, descubrimiento que, dadas las características de las tumoraciones, con toda seguridad se hubiera hecho mucho más tardíamente entre nosotros. El tumor que sigue en frecuencia al de Wilms, el neuroblastoma, acostumbra a dar sintomatología muy imprecisa, o en algunos casos nula —diarrea, fiebre, pérdida de peso y anemia— que conduce, con frecuencia a diagnósticos erróneos, porque no se ha palpado cuidadosamente el abdomen. El descubrimiento tardío de un tumor de Wilms o el diagnóstico de un neuroblastoma después de haber perdido un tiempo precioso con diagnósticos erróneos, se evitaría si todo pediatra o el que cumpla sus funciones recordara la importancia de los tumores abdominales en la infancia, los cuales como repetiremos con machacona insistencia, son casi siempre, al menos histológicamente, malformaciones congénitas. Sainz de los Terreros, en una comunicación efectuada en la Sociedad Catalana de Pediatría (III 54), insiste en la importancia creciente del peligro congénito y de que muchas afecciones que aparecen a partir de la primera infancia e incluso en la edad adulta son debidas a perturbaciones del desarrollo embrionario.

La medicina actual tiende a ser preventiva. Como dice el profesor A. Pedro Pons: "ha plantado sus cuarteles y montado su guardia para descubrir y combatir factores de predisposición o primeros períodos de patología preclínica.

Vislumbramos que, en un futuro próximo, una exploración adecuada del recién nacido permitirá prever sus potencialidades morbosas y prevenir con métodos cruentos o incruentos, en el momento del nacimiento, muchas afecciones del ciclo vital extrauterino.

Especialmente a partir de los cuarenta años en América existe la tendencia a una revisión clínica periódica en sujetos asin-

tomáticos revisión que en el momento actual viene dificultada porque no sólo gozan de favor los estudios radiográficos sistomáticos, sino que por temor a las radiaciones incluso se reducen al mínimo en los casos indicados. Es el llamado check-up, que los sudamericanos han traducido incorrectamente por "chequeo". En Norteamérica se ha propuesto la creación de una cartilla sanitaria individual, en la que se reseñaría los resultados de una exploración completa en determinadas épocas de importancia capital. José W. Otte llama la atención acertadamente acerca de los problemas sanitarios que representaría la implantación de un "whole life record". Sin embargo, las dificultades relacionadas con el secreto profesional pueden ser superadas si sólo posee la cartilla el propio enfermo, y antes de alcanzar éste la mayoría de edad, sus padres o los que ejercen la función tutelar. Es indudable que la revisión de más trascendencia, especialmente comparándola con las ulteriores, es la efectuada en el momento del nacimiento. En este momento, si nos limitamos a la vida extrauterina la medicina puede alcanzar el grado óptimo de prevención. Además, hay que tener presente, como hemos insistido innuméricas veces, que el recién nacido es un sujeto quirúrgico magnífico, ya que en él persisten unas condiciones que para cualquiera de nosotros sería probablemente mortal.

En contra de la utilidad del diagnóstico precoz se han manifestado algunos autores. Para Mc. Donald "cuando el tumor se detecta en fase temprana ya posee su pattern y está establecido cuál será su curso clínico, ya existiría una potencialidad biológica predeterminada, en otras palabras: el comportamiento del neoplasma maligno en el individuo está determinado por un principio genético. En su argumentación sobre el interés del diagnóstico precoz y pronto tratamiento" hace ver los pocos resultados positivos que se han obtenido en más de treinta años de esfuerzos y educación profesional en las gentes que acuden a tempranos reconocimientos. En los veinte años útiles, las muertes por cáncer acusan continuo aumento. Ello se produce a pesar del enorme progreso de la cirugía general y especial, y, el cáncer se mantiene incurable en más del 50%, en determinadas localizaciones en el 90 por ciento, no obstante la superradiquirúrgica en una fase, al parecer, relativamente precoz. (Bengoechea).

A la noción clásica de cáncer enfermedad de la célula local, que progresa paso a paso, difundiéndose más o menos tardíamente por las vías linfáticas y sanguíneas para abocar en la generalización metastásica, se opone hoy día la noción de cáncer enfermedad general, incluso enfermedad general desde un principio. Este "predeterminismo biológico" se ve reforzado por la demostración de células cancerosas en la sangre venenosa ale-

rente de los cánceres operables, en un 59 por ciento de los casos. No obstante, cierto número de estos cánceres, en los que se demuestra la existencia de una diseminación neoplásica, son curados por una actuación quirúrgica local, lo que prueba con gran simplicidad que no se debe confundir la diseminación celular general con enfermedad general, igual que se hace con los términos bacteriemia y septicemia.

Uno de los argumentos esgrimidos por los que defienden el concepto de enfermedad general cancerosa es el de la posibilidad de que individuos cancerosos que han sobrevivido a una primera localización, presenten ulteriormente otro tipo de cáncer primitivo. Este hecho acerca del cual ha insistido el Prof. Carulla sería quizás debido a la existencia de lo que ha llamado "terreno canceroso" (Brenier).

Hemos dicho que el niño es al principio de su vida palpado y tocado como no lo será en el resto de su existencia, pero que esta palpación la efectúan manos cariñosas pero ignorantes. Es evidente, pues, que de un modo análogo a lo que ha ocurrido en el cáncer del adulto, la difusión entre el público "no médico" de ciertas nociones elementales de las neoplasias en la infancia, permitirán mejorar su propósito. Esas nociones podrían formar parte de los conocimientos básicos de puericultura de toda madre o persona encargada de cuidar a los niños. Ahora bien, hay que dar una voz de alerta, pero con suma cautela, para que no se convierta en voz de alarma que provoque una cancerofobia materna.

La campaña que preconizamos, creemos pues, que estaría también justificada llevarla a cabo entre los profanos, mientras se adapten a las características psicológicas de nuestro ambiente, y se cumplen estas tres condiciones indispensables:

1º—Debe ir precedida de una extensa y duradera campaña orientada exclusivamente a los médicos.

2º—Hay que obrar con mucha cautela para evitar la mencionada cancerofobia materna e insistir en que la causa fundamental que ha provocado el incremento del cáncer es el progreso de la pediatría, que ha disminuido la mortalidad por otras afecciones.

3º—Es necesario derribar el mito de la incurabilidad del cáncer motivo con frecuencia de que adopten una actitud pasiva los familiares y el médico. El cáncer es curable en muchos casos en los cuales la invasión del proceso nos incita a un pesimismo que los hechos demuestran que no estaba justificado.

Los párrafos que transcribimos en la obra de Pott nos darán idea:

1°—De la actitud probable de los padres después de unos años de campaña eficaz.

2°—De la necesidad de resaltar en ésta las peculiares características de los tumores en la infancia: "El cáncer es una de las principales causas de muerte en niños. Los padres se alarman por esta razón y acuden ansiosamente con su hijo al médico en cuanto observan una secreción anormal del recto o vagina o encuentran un bulto. Las secreciones purulentas o sanguinolentas de un orificio corporal en adultos suele indicar cáncer, pero en niños jamás. Los bultos superficiales o las tumoraciones profundas palpadas pueden ser malignas o no. En consecuencia, el médico tiene la obligación de satisfacer la demanda de los padres de que se le proporcione una respuesta inteligente y definitiva sobre la naturaleza de una tumoración anormal".

Es evidente la responsabilidad del pediatra o de quien cumpla sus funciones en el diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer. Al efectuar una campaña contra el cáncer, debemos de tener presente la mayor frecuencia del mismo en los primeros años de la vida. De 1947 a 1951, la mortalidad por cáncer en los Estados Unidos fue de 5.242, 2.801 y 2.282, de los uno a los cuatro, de los cinco a los diez y de los diez a los catorce años, respectivamente. Hay que estar pues especialmente sobre aviso: desde el momento del nacimiento en el cual histológicamente, ya existe un 60 por ciento de los tumores de la infancia— hasta el principio de la edad escolar. Especialmente hay que llamar la atención acerca del hecho, con frecuencia subestimado por el pediatra, de que la edad pre-escolar es la de máxima frecuencia del cáncer en general y especialmente del abdominal.

Siguiendo principalmente a Dargeon recordaremos algunos hechos de interés relacionados con el diagnóstico precoz del cáncer:

1°—La exploración en el período neonatal del bazo o del riñón éste de mayor tamaño relativo que en otros períodos de la vida ligeramente aumentados de volumen, puede no ser fácil si el niño es obeso y contrae su abdomen.

2°—El tacto rectal descubrirá todo tumor pelviano —ya sea primitivo o por propagación de uno abdominal. Por ello sería recomendable practicar esta maniobra el primer día de la vida, cada mes hasta el año, cada tres meses hasta los seis y dos ve-

ces al año hasta la adolescencia y por supuesto ante la más mínima sospecha de tumor abdomino-pelviano. No olvidar que debido a la extraordinaria longitud relativa de nuestros dedos, el tacto rectal representa una palpación abdominal profunda de mayor altura que en el adulto.

3º—Siempre que exista un síndrome clínico atípico, en su curso o en su respuesta a la terapéutica, hay que pensar en el cáncer: dolores articulares que dejan de responder a la terapéutica antirreumático, trastornos gastrointestinales que se agravan inexplicablemente, etcétera. Los diagnósticos erróneos son relativamente frecuentes en el neuroblastoma.

4º—El que el síndrome que presente el enfermo parezca tendrá una explicación satisfactoria —infección o trauma— no debe eliminar la posibilidad de una neoplasia. Es muy frecuente que el cáncer se manifieste en ocasión de un proceso intercurrente o de un traumatismo. La existencia de un tumor retroperitoneal puede estar enmascarada por un traumatismo que ha sufrido el niño en la región del tumor, traumatismo al que se atribuyen los síntomas de hemorragia, lesión visceral, etc.

5º—No hay que hacer el diagnóstico de tumor maligno a la ligera. La sospecha debe poner en marcha, rápidamente, todos los medios necesarios útiles de exploración para actuar en consecuencia, sin demora, pero tampoco con precipitación. Si es muy lamentable tratar tardíamente una neoplasia maligna, aún puede serlo más aplicar los métodos de tratamiento del cáncer a un niño no afecto de esta grave enfermedad.

Mientras que para la mayoría de médicos sea el cáncer abdominal en el niño un proceso raro e incurable, todo ocurrirá como si estas dos características fueran ciertas. En efecto algún caso morirá etiquetado de otro proceso y en los restantes casi siempre se hará el diagnóstico ya sobrepasada la fase de operabilidad. Una vez descubierta la existencia de un tumor hay que actuar rápidamente, sin dejar de hacer todo lo necesario y evitar cuidadosamente lo que pueda ser nocivo.

El tumor abdominal debe ser considerado como un abdomen agudo. Si observamos lo que ha ocurrido en otras afecciones del abdomen, cuyo pronóstico ha mejorado mucho en estos últimos, podemos deducir enseñanzas de utilidad para el tema que nos ocupa. Veamos lo que ha ocurrido en una afección como la apendicitis de origen infeccioso y otra como la atresia intestinal provocado por una alteración del desarrollo.

El pronóstico de la apendicitis, en la infancia, tiende a mejorar.

Aunque con un retraso de decenios, esa mejoría también se observa en la apendicitis en los primeros años de la vida, a pesar de que el uso indiscriminado de antibióticos pueda dificultar el diagnóstico.

La atresia intestinal era hace unos pocos años una afección gravísima. En 1945 Arheim revisando la literatura e incluyendo un caso propio, sólo encontró 12 atresias ileales y yeyunales curadas. Desde entonces se han ido publicando cada vez más curaciones, en tal forma que no está justificado que un cirujano especializado en cirugía de niños publique un caso curado, excepto si las características del mismo lo justifiquen o quiera *hacer una revisión del problema*.

Sin negar la importancia de los progresos de la cirugía y especialmente de la medicina paraquirúrgica, los mejores resultados obtenidos tanto en el tratamiento de la apendicitis como en el de las atresias intestinales, son debidos en parte, a que cada día un mayor número de casos se aplican las normas del tratamiento habitual del llamado abdomen agudo quirúrgico.

¿Podría un criterio análogo mejorar el pronóstico de los tumores abdominales? Es posible, y para ello nada más aleccionador que saber el criterio que impera en los países donde las estadísticas han sido antes mejores.

Farber, el anatomopatólogo del Children's Hospital de Boston, dice: "que debe considerarse como maligna, en el niño a toda masa sólida palpable, mientras el análisis histológico no demuestre lo contrario". Esto representa adoptar una actitud de alarma que inclina a no demorar el análisis histológico. Al referirse a los tumores de la región renal dice que generalmente es suficiente un tiempo menor de 24 horas para hacer todas las exploraciones oportunas y que la experiencia demuestra que tiene poca importancia antes de la operación el que se trate de un neuroblastoma suprarrenal o adyacente a esta glándula, de un embrioma renal o de un embrioma libre retroperitoneal. El hecho de que en el abdomen agudo con frecuencia hoy día se tarda algunas horas a practicar la intervención para poder preparar convenientemente el enfermo —excepto en la estrangulación no existe suma urgencia e incluso en estos casos casi siempre hay tiempo de colocar la aspiración intestinal preoperatoria si se cree indicado— y que muchas veces la procesión del

diagnóstico pasa a segundo lugar ante la necesidad de actuar quirúrgicamente, da una similitud sorprendente entre la actitud de Farber en los tumores malignos originados en la fosa lumbar y la habitual ante el abdomen agudo.

Lozoya que hace 11 años tenía una supervivencia en los casos de tumores de Wilms de 26.3 por ciento, cita entre las causas por las cuales no llega el niño temprano al cirujano, el hecho de que los médicos no se acostumbran a considerar los tumores abdominales en los niños, como emergencias quirúrgicas y al referirse a los factores que condicionan la tardanza en la intervención, menciona la poca importancia que los padres, los médicos generales y aún los pediatras, dan todavía a la búsqueda de tumores abdominales.

Koop considera los tumores abdominales como una urgencia, actitud que cree que puede fundamentarse en varias razones, considerado de gran valor didáctico la siguiente: en un tumor de Wilms la metástasis aparece un día determinado. Antes de este día la extirpación del tumor debe dar lugar a la curación y pasado el mismo todas las terapéuticas actuales alterarán bien poco el resultado final. Este autor, en un caso en que la madre era enfermera y el padre médico, efectuó la intervención de un tumor abdominal a las 6 horas del ingreso en el hospital.

El considerar un tumor abdominal en el niño como un abdomen quirúrgico es un criterio indudablemente exagerado. Pero es la única actitud viable si se quiere mejorar las desalentadoras estadísticas actuales.

Si observamos los hechos objetivamente, tendremos que reconocer que si una vez visto el enfermo se demora la intervención unas horas o un día o en lugar de ella la demora alcanza una o dos semanas (que es la máxima habitual entre nosotros), la diferencia en los resultados obtenidos no puede ser estadísticamente muy notable, aunque en un caso determinado, puede representar intervenir antes o después de iniciada la metástasis. Y sin embargo, insistimos en que el pediatra o el médico en funciones de tal, deben asociar la idea de todo tumor abdominal a la del llamado abdomen quirúrgico (denominación que ha sido muy útil y que no ha perdido aún su utilidad). Esta asociación creará un estado de alarma que incitará a buscar sistemáticamente un posible tumor abdominal cuando se practique una revisión médica en un niño sea por la causa que fuere. Dicha búsqueda debe hacerse con paciencia, suavidad. Si es lamen-

table que un niño muera de un tumor abdominal porque la intervención se practique tardíamente, más lo es aún el que maniobras de la exploración diagnóstica o como ocurre con más frecuencia operatoria, conviertan en incurable un proceso que antes no lo era. Es imperdonable efectuar toda maniobra que antes o durante la intervención favorezca la diseminación del proceso neoplásico.

En resumen, el médico ante el problema que crea la neoplasia abdominal maligna, ha de tener en cuenta estas tres reglas fundamentales:

1ª—Considerar toda masa sólida en el niño como maligna mientras el análisis histológico no demuestre lo contrario (Farber).

2ª—Equipar en principio, toda neoplasia abdominal a un abdomen agudo (Lozoya, Higgins, Koop, etc.) Decimos en principio para evitar que se caiga en exageraciones que por otra parte no estarían de acuerdo con la actitud actual ante el llamado abdomen agudo.

3ª—No practicar antes y durante la intervención, maniobras que puedan provocar la difusión del proceso, cosa que ocurre casi siempre, especialmente durante la intervención, si se siguen las normas clásicas de tratamiento.

Si una labor de equipo es imposible sintonizar, de hecho, con el momento pediátrico de los países que van a la vanguardia del proceso. Es evidente pues que el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias abdominales malignas en la infancia requiere la creación de equipos especializados que permitan por ejemplo, que un tumor abdominal sea operado a las 24 o a lo sumo a las 48 horas de ser visto por primera vez habiendo sido practicadas todas las exploraciones necesarias para el diagnóstico y evitada cualquier maniobra nociva. La radioterapia Pre y postoperatoria, iniciada esta última, acto seguido terminada la intervención, son de gran utilidad.

BIBLIOGRAFIA

- LAGUNA (C) y Colab. Tumores abdominales. Segunda ponencia al X Congreso Nacional de Pediatría. Madrid, octubre 1960.
- DE LA PENA (A). Los tumores renales de la infancia. Segunda ponencia al X Congreso Nacional de Pediatría. Madrid, octubre 1960.
- BODIAN (M). Neuroblastoma. *Pediat. Clín. North. America*, 6 449, 1959.
- BENGOECHEA (J. B. G.) Quimioterapia oncolítica en circulación extracorpórea. *Bol. Cons. Nac. Colegio de Médicos*. 139, 23, 7-11, 1960.
- POTTS (W. J.) La cirugía en el niño. Librería y Editorial Bernades, S. R. L., 1960.
- GUBERN SALISACHS (G) y LEON GIMENEZ (L) Diagnóstico precoz de tumores abdominales. *Arch. de Ped.* 30, 611-619. 1955.
- LOZOYA SOLIS (J.) Tumor de Wilms. *Rev. de Ped.* V. 481-501, 1949.
-