

## Conferencia clínico-quirúrgica

### Diagnóstico de una gran tumoración abdominal izquierda \*

#### Sumario clínico:

Dr. Van Gelder: Esta niña de 6 meses de edad ingresó en el hospital. Apparentemente había estado bien hasta 6 semanas antes del ingreso, cuando se le notó una masa tumoral en el abdomen. Fue llevada a otro hospital entonces, donde estuvo 19 días. Durante ese tiempo le hicieron tratamiento radioterápico, después del cual la tumoración se hizo notablemente menor.

Al ingresar en este hospital parecía muy bien nutrida, mostrando una discoloración parda en el abdomen debida a la radioterapia. Se palpaba una masa dura del tamaño de una naranja grande en el lado izquierdo del abdomen. El hígado se palpaba a un través de dedo por debajo del reborde costal derecho.

La orina y el cuadro hemático eran normales. Una radiografía del tórax no dió evidencias de metástasis.

La impresión clínica era que se trataba de un tumor de Wilms del lado izquierdo.

Al día siguiente se le extirpó un gran tumor por vía transperitoneal. El mismo

se originaba en el polo superior del riñón. La niña hizo un post-operatorio sin complicación alguna.

Reporte patológico. La pieza quirúrgica pesaba 356 gramos y consistía en un pequeño riñón que medía 4 x 2, 8 x 1, 7 cm., de cuyo polo superior nacía una gran masa lobular de 8 x 9, 5 x 6 cm. Su superficie era de color amarillo rosada. Era dura, excepto en pequeñas zonas que eran más blandas. En el polo superior de la masa tumoral había un órgano pequeño de color amarillento, que medía 3, 3x) 8 cm. Este representaba parte de la glándula suprarrenal izquierda. El tumor se hallaba incluido en una cápsula fibrosa delgada. La superficie del corte era gris amarillenta, homogénea excepto una cavidad quística que medía 3 x 1.2 cm. de diámetro y 1.5 cm. de profundidad. Estaba localizado en el polo superior del tumor y contenía una pequeña cantidad de líquido claro de color pajizo. La segunda pieza consistía en una pequeña masa de 3 x 4 mm., de color rojo púrpura, aparentemente un bazo accesorio.

Microscópicamente se trataba de un embrioma del riñón. Este tumor se caracteriza por un alto grado de maligni-

\* Caso clínico No. 158 del Children's Memorial Hospital de Chicago.

dad y en el pasado los resultados del tratamiento eran muy desafortunados. Los recientes resultados obtenidos por Ladd en el Boston Children's Hospital ofrecen una mejor esperanza, sin embargo. Una revisión de su material indica que cerca del 25% de los pacientes pueden ser curados permanentemente por los métodos que él recomienda.

#### *Discusión.*

Dr. Potts: Quiero leerles un párrafo del libro sobre Cirugía Abdominal de Ladd y Gross, relativa al pronóstico del tumor de Wilms: "Se puede especular que mientras más joven sea el sujeto en el momento de la operación, mejor será el pronóstico. Este punto es de lo más impresionante ya que una revisión de todos los pacientes operados durante el primer año de la vida demuestra que el 50% de ellos tuvieron curaciones permanentes".

Dr. Hibbs: recordemos que después que se hace el diagnóstico nadie toca al paciente más que el Dr. Ladd. No se hace manipulación alguna del abdomen a partir de entonces. Incidentalmente, las estadísticas de Ladd son solo cifras optimistas en la literatura mundial. Nuestro record en este hospital es de 1 curación por cada 17 pacientes.

Dr. Gibson: ¿Cuántos de nuestros pacientes tenían menos de un año de edad? Los que yo recuerdo eran de más edad.

Dr. Hibbs: yo creo que la mayoría de ellos tenían más de un año de edad.

Dr. Potts: Ladd también dice que de 54 pacientes, 14 fueron catalogados co-

mo curaciones probables puesto que han estado evolucionando bien durante períodos entre 1 y 1 y medio hasta 21 y medio años después de la extirpación del tumor. De esos 14, diez tenían 13 o menos meses de edad en el momento de ser intervenidos. Mientras más pequeño el niño mejor es el pronóstico.

Al operar a estos niños por la vía de acceso retroperitoneal usual para la cirugía del riñón, se ha de maltratar el tumor a fin de llegar a los grandes vasos. Con una vía transperitoneal de acceso, la operación es comparativamente fácil. Simplemente levantamos el pedículo del riñón y ponemos una ligadura en torno del mismo. Entonces todo resulta igual que sacar un chícharo de su vaina. En este caso no hubo absolutamente trauma para el tumor antes que la vena fuera ligada.

Dr. Belknap: ¿qué opinan de la radioterapia antes de la operación? ¿Es o no aconsejable?

Dr. Potts: La irradiación preoperatoria sobre el tumor es a veces indicada para reducir el tamaño de la tumoración de modo que resulte técnicamente más fácil extirparlo y además para destruir las células más malignas evitando posiblemente su escape hacia la corriente sanguínea durante la operación. No creo que la radioterapia ayude mucho a reducir la mortalidad, pero ella simplifica la operación. La irradiación preoperatoria implica que debe posponerse la operación por varias semanas a fin de obtener los más favorables efectos de los rayos x. Durante este tiempo el tumor puede empezar a producir me-

tástasis y la única oportunidad de una curación permanente puede haberse perdido. Para decidir si esperamos y utilizamos la radioterapia u operamos inmediatamente tenemos que sopesar la dificultad de la operación contra el peligro de metástasis. De los 54 pacientes de Ladd, sólo 13 fueron sometidos a la radiación pre-operatoria. Yo creo que él piensa que la operación inmediata da las mayores posibilidades de curación permanente.

Dr. Canmann: ¿si el paciente tiene sangre en la orina, sería ello índice de que es muy tarde para operar?

Dr. Hibbs: Este es un síntoma raro en pacientes con tumor de Wilms. La orina es normal en la mayoría de los casos. Ocasionalmente unos pocos hematíes o leucocitos se encuentran en la misma.

Dr. Canmann: Yo creía que era un síntoma tardío del tumor de Wilms.

Dr. Woo: Este es un tumor altamente maligno. Deberá ser extirpado tan pronto como se descubra. Ladd establece que si un paciente sobrevive a la operación por un año y medio sin evidencias de recurrencia, puede ser probablemente considerado como curado permanentemente.

Dr. Anspach: yo no creo que esa afirmación sea infalible. En nuestra experiencia esos pacientes pueden estar aparentemente bien durante un año, un año y medio, a veces hasta dos años, y sucumbir finalmente a causa de metástasis. Algunos de estos tumores son como rocas. Ellos no disminuyen de tamaño con la irradiación. No se cuál será la explicación de ello.