

Tratamiento del tumor de Wilms (nefroblastoma)

Por el DR. O. KNUTRUD (*)

El autor presenta un material casuístico que comprende 77 pacientes tratados en Noruega desde 1943 hasta 1957. Todos los casos han sido seguidos hasta el presente y las preparaciones histológicas han sido re-examinadas por el profesor Kreyberg. Del total se eliminaron diez pacientes por el hecho de tener información insuficiente, lo que reduce el material a 67 pacientes de los cuales 10 sobreviven. El tiempo de supervivencia está entre 2 años y medio y 17 años. El material ha sido analizado y comparado con el material de Gross, de Boston, y con el del hospital de Great Ormond Street, de Londres, a cargo del Dr. Bodian. Del total del material noruego el promedio de supervivientes es de 14.9%; en el grupo de pacientes tratados durante el primer año de la vida, 30%. Se han usado varios métodos de tratamiento, lo cual resulta obvio ya que los pacientes fueron tratados en 33 hospitales diferentes. Sin embargo, la separación de los pacientes tratados por operación e irradiación según la técnica de Boston, revela que en este grupo el promedio de supervivencia fue de 42%. Esto está perfectamente de acuerdo con los datos de Bodian y de Gross quienes, siguiendo la misma técnica, ob-

tuvieron promedios de supervivencia de 45 y de 47.3% respectivamente. Entre los pacientes de Great Ormond desde 1925 hasta 1948, 57 fueron tratados mediante una técnica completamente diferente, obteniéndose un promedio de supervivientes de solo 12%. La misma forma de tratamiento fue empleada por Gross en sus series de 1914-30 con un promedio de supervivientes de solo 14.9%. Estos promedios corresponden perfectamente con los de Noruega que fueron de 14.9% con el mismo tipo de tratamiento. Así, la sistematización del tratamiento y las mejoras en la técnica quirúrgica han determinado la elevación del promedio de supervivencia *al triple* del anterior. La coincidencia de los resultados obtenidos en 3 materiales diferentes procedentes de 3 países distintos sería a duras penas fortuita. De la observación del material noruego resulta aparente que el promedio de supervivientes no es diferente en cuanto a los pacientes que han recibido radioterapia post-operatoriamente y los que no la hayan recibido, dado que ambos grupos hayan sido operados siguiendo la técnica de Boston, de lo cual se puede inferir que el factor principal reside en la técnica quirúrgica empleada. También resulta claro que el paciente deberá ser tratado inmediatamente después de establecido el diag-

(*) Presentado a la reunión del 23 de Sept. de 1960. Versión en español del Dr. E. Alemán.

nóstico, es decir tan pronto como se haya palpado el tumor. El promedio de supervivencia es el doble en el grupo que ha sido tratado durante la primera semana después de su ingreso en el hospital que en los tratados después de esta fecha. No se recomienda el tratamiento por irradiación preoperatoria ya que se retarda la intervención y también porque ha habido casos en que las dosis de tumor han sido administradas a pacientes con tumores abdominales que luego han resultado ser riñones quísticos, etc. El promedio de supervivientes es además mucho menor en el grupo tratado preoperatoriamente. La intervención inmediata no ha aumentado el índice de mortalidad, mientras por otra parte, la irradiación preoperatoria que había hecho tener esperanzas de una intervención quirúrgica menos peligrosa solo ha logrado aumentar la mortalidad en cifras considerables. El profesor Kreyberg ha re-

examinado la mayoría de las preparaciones en que se fundaba el diagnóstico del material noruego con el fin de asegurarse de una evaluación correcta, y para saber si era posible sacar conclusiones en cuanto al pronóstico con relación a un cuadro histológico en comparación con otro. Sin el conocimiento de la historia clínica del paciente, ni de la evolución post-operatoria, el Profesor Kreyberg seleccionó tres tumores bastante diferenciados como para garantizar una clasificación especial. 2 de esos pacientes se encuentran entre los supervivientes. Se llega a la conclusión de que los resultados dependen principalmente del tratamiento precoz y de la técnica quirúrgica adecuada y concienzuda. Como consecuencia el tratamiento de estos pacientes deberá estar centralizado a fin de que un grupo de cirujanos se encuentre lo mejor experimentado posible con el método recomendado.