

**TUMOR DE WILMS EN EL HOSPITAL DR. ROBERT REID CABRAL, 1988-1991**

\* Dra. Glosiris Batista Feliz

\* Dra. Mary Yanet Diaz Romero

\* Dra. Carmela Migdalia Batista Feliz

\* Dra. Noemi Beltré Diaz

\* Dr. Antonio Ramirez Castillo

\* Dr. Ramón Acosta Robles

**Resumen**

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Dr. Robert Reid Cabral, en el periodo comprendido entre el 11 de Enero de 1988 y el 15 de Enero de 1991, con el objetivo de determinar la prevalencia del Tumor de Wilms.

Encontramos 23 casos con este diagnostico, los cuales fueron mas frecuentes en niños de 3 años con un 56.5%, coincidiendo con otras investigaciones de este tipo.

Los organos mas afectados por metástasis fuera del Riñon fueron los pulmones y el higado.

La masa tumoral y la hematuria fueron los sintomas y signos clinicos mas frecuentes al momento de la presentación de los casos.

La tasa de sobrevivencia en este estudio fue de 78.3% en tres años.

Tumor de Wilms

Hospital Dr. Robert Reid Cabral

**Abstract**

We carried out a retrospective study in Dr. Robert Reid Cabral Hospital during the period between January 11,1988 and January 15,1991. The objective of the study was to determine the prevalence of the Wilms' tumor .

We found 23 cases of them; most of the cases (56.5%), were in children below three years of age, as reported by other investigators.

The organs most affected by metastasis outside the kidneys were the lungs and the liver.

The most frequent clinical signs and symptoms present at the time of presentation of the cases were the tumoral mass and hematuria.

\* Del Servicio de Hematología y Oncología del Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, Republica Dominicana

**The survival rate in this study was 78.3% in three years**

## Wilms' tumor

Dr. Robert Reid Cabral Hospital

### INTRODUCCION

El tumor de Wilms es un tumor sólido de carácter maligno, embrionario, que se origina de los restos celulares mesodérmicos intrarrenales y por tal razón afecta primariamente el Riñon. Este tumor ocupa el cuarto lugar en frecuencia entre todas las neoplásias malignas infantiles.<sup>1-10</sup>

El tumor se define como embrionario, compuesto por blastema metanéfrico con derivados mesenquimales y epiteliales, en distintos estadios de diferenciación.<sup>10</sup>

La vigilancia del paciente es uno de los elementos mas importantes del pronóstico, pues nos permite localizar el tumor, asi como a detectar tempranamente las metástasis.<sup>11</sup>

Los signos y sintomas clínicos mas frecuentemente reportados son masa abdominal, hematuria, hipertensión, fiebre y palidez.<sup>9</sup>

La pérdida de peso, anorexia y letargo, son signos de enfermedad avanzada, otras veces el tumor de Wilms es asintomático.<sup>4</sup>

En este tumor convergen factores genéticos y no genéticos. Puede ser bilateral en un 5% de los casos al momento del diagnostico y en un 25% secuencialmente.<sup>10</sup>

En Santiago de Chile se analizaron retrospectivamente las fichas clínicas de 40 pacientes con Tumor de Wilms y la mortalidad en los estadios clinicos E I y E II fue de 19%; E III, E IV y E V fue de 49%.<sup>7</sup>

La supervivencia del Tumor de Wilms en niños en Uruguay pasó del 70% en 1974 al 83% en 1983.<sup>4</sup>

Si el Tumor de Wilms es dejado evolucionar de forma natural sin tratamiento, invade la vena renal y la vena cava inferior en dirección ascendente hasta llegar a la auricula derecha.<sup>2</sup>

Los objetivos de este trabajo sobre esta patología, pueden definirse de la manera siguiente:

1.- Determinar la prevalencia de el tumor de Wilms en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral

en el periodo del 11 de Enero de 1988 al 15 de Enero de 1991.

2.- Identificar los organos mas afectados por las metástasis.

3.- Determinar los signos y síntomas de presentación mas frecuentes.

4.- Determinar cual de los grados en los estadios clínicos de presentación tiene mayor frecuencia en el país.

### MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo donde se revisaron todos los expedientes de los pacientes con diagnóstico de Tumor de Wilms, durante el período comprendido entre el 11 de Enero de 1988 al 15 de Enero de 1991 en el Hospital Dr. Robert Reid Cabral.

Luego de identificados los records de los pacientes, se procedió a extraer todos los datos que nos permitieran realizar el cruce de las variables tales como edad, signos y sintomas de presentación, antecedentes familiares, localización de la tumoración, localización de las metástasis, estadio clínico de presentación, tratamiento, etc.

Nos interesamos por determinar el estadio clínico en que estaban los pacientes en el momento del diagnostico, según la siguiente clasificación de Perez:

Etapa I.- (E I)

Tumor limitado al riñon con cápsula renal intacta. El tumor no se ha roto, ni ha sido puncionado antes de la incisión.

El tumor es completamente extirpado y no hay tumor en el lecho renal. El examen histológico confirma la cápsula intacta.

Etapa II.- (E II)

El tumor se extiende por fuera del riñon, pero es completamente extirpable. Hay penetración del tumor en el tejido perirrenal, invasión de ganglios paraaórticos confirmado por el patólogo.

Hay invasión de las paredes de los vasos

fuera del riñon o trombosis de células tumorales, invasión de pelvis renal y uréteres.

Etapa III.- (E III)

Metástasis peritoneales distinguibles de las adhesiones de la etapa II.

Incisión incompleta, sin metástasis hematogena. Ejemplo en las siguientes condiciones: Tumor biopsiado antes o durante la cirugía o ruptura del tumor antes o durante la cirugía.

Invasión de nódulos linfáticos por fuera de los nódulos linfáticos regionales; infiltración de vena cava.

Etapa IV.- (E IV)

Metástasis hematogena invadiendo pulmón, hígado, cerebro etc.

Etapa V.- (E V)

Tumor bilateral.

Quimioterapia.-

En los casos de Tumor de Wilms se han usado Vincristina, Doxorubicina, Ciclofosfamida y la Actinomicina D. Esta ultima es actualmente la droga de mas aceptación.

## RESULTADOS

Encontramos un total de 23 pacientes

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD DE 23 CASOS DE TUMOR DE WILMS

EDAD	No.	TASA EN %
< de 12 meses	3	13.0
1 año	6	26.0
2 años	4	17.4
3 años	5	22.0
4 años	2	8.6
5 años	3	13.0
<b>TOTALES</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

con diagnostico de Tumor de Wilms.

De ellos 13 pertenecieron al sexo masculino y 10 al femenino.

La mayoría de los casos ocurrió en niños menores de 3 años, con un total de 13 casos para un 56%. Cuadro No 1.

Los organos mas afectados por las metástasis fuera del riñon fueron el pulmón y el hígado. Cuadro No. 2.

CUADRO No. 2

SITIOS MAS FRECUENTE DE LAS METASTASIS EXTRARRENALES

SITIO	No.
Pulmón	4
Hígado	3
Ganglios regionales	2
Bazo	1
Huesos	1
<b>TOTAL DE METASTASIS</b>	<b>11</b>

En relación al estadio clínico al momento del diagnóstico se aprecia en el cuadro

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN ESTADIO CLINICO AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

ESTADIO CLINICO	No.	TASA EN %
E I	1	4.3
E II	2	8.6
E III	18	78.2
E IV	1	4.3
E V	1	4.3
<b>TOTALES</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

No. 3 que el estadio más frecuente fue el E III con un 78.2% de los casos.

La masa abdominal fue el síntoma y signo clínico más frecuente. Cuadro No 4.

CUADRO No. 4

SINTOMAS Y SIGNOS MAS FRECUENTES

SIGNOS Y SINTOMAS	No.	TASA EN %
Masa abdominal	23	100.0
Hematuria	15	65.0
Hipertensión arterial	4	18.0
Fiebre	2	8.0
Palidez	1	4.0
Dolor abdominal	1	4.0

La extirpación quirúrgica total y la quimioterapia postoperatoria se hicieron en los 23 casos, se hizo además quimioterapia preoperatoria en 18 pacientes y radioterapia local postoperatoria en 2 pacientes.

La tasa de sobrevivencia en 3 años fue de 78.3%.

Fallecieron 4 pacientes. Dos en E IV y dos en E III.

Tres pacientes no pudieron llevar el tratamiento quimioterapéutico postoperatorio en forma adecuada por carecer de recursos económicos.

Un caso murió por estadio avanzado de la enfermedad.

### DISCUSION

Que la gran mayoría de pacientes en este trabajo llegaron en el estadio clínico E III, nos habla que estamos ante una casuística donde el tumor pasaba desapercibido en sus etapas iniciales.

Este dato, junto con la dificultad de obtener los medicamentos necesarios para la quimioterapia, son las causas de una sobrevivencia, que para esta época es baja,

pues es comparable a la de países más avanzados que el nuestro, hace 10 años.

Este trabajo pone de manifiesto el gran problema de las enfermedades malignas en la República Dominicana cuando el paciente pertenece a la clase baja.

Como no existen recursos estatales para cubrir el costo de una quimioterapia cara, de varios años de duración, vemos como tres pacientes fallecieron por falta de medicamentos.

Un cuarto paciente falleció por estar muy avanzada su enfermedad.

Ambos factores son propios de un país en vías de desarrollo, donde la población no ha tomado conciencia de la atención médica rutinaria o de consultar temprano cualquier hallazgo anormal en sus hijos y donde el estado no ha asumido su rol en proveer a la población de una cobertura de salud adecuada. No hay que mencionar en los casos que sobrevivieron, los enormes sacrificios de la gran mayoría de los familiares de estos pacientes para poder costear estos tratamientos.

El Tumor de Wilms es en la actualidad una de las enfermedades malignas de mejor pronóstico, pues la combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia local postoperatoria, ha demostrado ser altamente eficaz en su curación.

Es tiempo de que el estado dominicano asuma su responsabilidad y se canalizen los recursos para el manejo adecuado de estas y otras enfermedades malignas, pues a medida que el país se desarrolla, aumentará su importancia en las estadísticas de mortalidad.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Balande R. Neoplasias congénita del riñón en niños. Lancet 1974;21 de Diciembre.
- 2.- Barrego Roma R, et al. Tumor de Wilms con extensión al corazón. Mexico 1980; 1 (4)
- 3.- Early J. Detección temprana del Tumor de Wilms en niños con hemihipertrofia quística de ovario. Manual Pediátrico 1982;vol 70 No 1.
- 4.- Tumor de Wilms en niños. Oncología Pediátrica. Universidad de Rochester. Rochester, Minnesota, EEUUA.
- 5.- Harrison, Medicina Interna 1983 6ta Edición, Vol II pag

- 1751-52. Prensa Médica Mejicana.
- 6.- Lobo F, et al. Tratamiento del Tumor de Wilms con cirugía, quimioterapia y radioterapia diferida en los estadios II - IV. Mexico 1988; 45 (5)
- 7.- Los Hera J, et al. Prevalencia histopatológica y pronóstico del Tumor de Wilms en niños. Revista Chilena de Pediatría 1986; 57(4): 339-42
- 8.- Meneghello J. Pediatría. 3ra Edición 1987, Volumen II, Editorial Mediterrane, Santiago de Chile, pag 1165-66
- 9.- Nelson W. Tratado de Pediatría Vol II, pag 1322-24. 12da Edición. Nueva Editora, Mejioco DF.
- 10.- Rossell R, Lopez J J, Viladiu P. Manual de Oncología 1ra Edición 1984 pag 689. Ediciones Toray, España.
- 11.- Morris J, et al. Factores pronostico en Tumor de Wilms bilateral. Cancer 1985; 56(2):524-29
- 12.- Moya E, Navajas A, et al. Evaluación clinicoradiológica del crecimiento renal tras cirugía y quimioterapia de Tumor de Wilms bilateral. Vizcaya, España. 1986; 44(4): 409-42