

DIAGNOSTICO PRECOZ DE LOS TUMORES ABDOMINALES A PROPOSITO DE UN CASO DE SIMPATOBLASTOMA ABDOMINAL

Dres. L. GUBERN SALISACHS y J. LEÓN GIMÉNEZ

EXISTE acuerdo unánime respecto a la necesidad de un diagnóstico precoz en los tumores abdominales del niño. Este diagnóstico debe ir seguido de una terapéutica adecuada, habitualmente urgente, si queremos mejorar los resultados, los cuales entre nosotros, salvo casos aislados, continúan aun siendo francamente catastróficos.

En el caso objeto de esta comunicación ocurrió el hecho paradójico de que entre el diagnóstico de probable tumor abdominal maligno, y el ingreso en este Servicio para poner a la niña en manos del equipo especializado, se perdieron lamentablemente tres meses. Esta paradoja podrá volver a repetirse mientras no se derriben estos dos mitos:

1.º *El mito de la rareza del cáncer abdominal en la infancia.*

2.º *El mito de su incurabilidad.*

El derribarlos constituye una de las finalidades de la lucha contra

el cáncer en la infancia, que bajo la dirección de nuestro maestro Prof. RAMOS, iniciamos ya hace más de tres años.

Es hasta cierto punto de importancia secundaria el que los familiares no crean en el diagnóstico de cáncer, o bien que, aceptándolo, consideren el proceso incurable. En efecto, salvo si se trata de gente muy inculta, irán presto a consultar otros facultativos, que confirmarán el primer diagnóstico. En cambio, sí que es de importancia capital que todo médico conozca la frecuencia relativa del cáncer abdominal y sus posibilidades de curación, mayores de las que se cree habitualmente. 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. *

(*) En el caso objeto de esta comunicación se trataba de gentes relativamente cultas que adoptaron una actitud de enojo cuando se les hizo el diagnóstico de probable tumor maligno. Es indudable que esta reacción de la familia retardó lamentablemente el ingreso en el Servicio.

El evitar que este hecho lamentable se repita está en relación con uno de los aspectos de la lucha contra el cáncer en la infancia que nos plantea más dificultades.

Vamos a resumir brevemente la historia de nuestro caso.

Se trataba de una niña de dos años que fué vista por nosotros el 20 de abril de 1954. Acude a nuestra consulta a causa de su *pertinaz anorexia acentuada los dos últimos meses*, acompañada *algunas veces de dolores abdominales*. La familia daba tan poca importancia a esta sintomatología que la madre no creía necesario desnudar a la pequeña para ser reconocida.

Se practica un análisis de laboratorio que da los siguientes resultados: *Recuento de hematies*, 4.500.000 por mm.c. *Recuento de leucocitos*, 13.400 por mm.c. *Fórmula leucocitaria*, eosinófilos, 3; bastonados, 2; segmentados, 57; linfocitos, 33; monocitos, 5. Hemoglobina, 80 por 100; valor globular, 0,88. Las pruebas tuberculínicas eran normales. Se diagnostica tumor abdominal, renal o de otro origen.

Pasados tres meses volvimos a ver a la



Figura 1. — Pielografía descendente que demostraba la pelvis renal izquierda ligeramente deformada y considerablemente rechazada hacia fuera.

La niña, sin ningún antecedente familiar ni patológico de interés, era delgada y extremadamente excitable. A la exploración se apreciaba una tumoración dura, del tamaño de un huevo de paloma, situada en el hipocondrio izquierdo, adherida a profundidad y de difícil palpación, pero que se diferenciaba claramente de un polo de bazo por hallarse más profunda y cerca de la línea media. El estado general era bueno.

enfermita. El estado general había empeorado visiblemente. *La tumoración, no desplazable, ocupaba el hemiabdomen izquierdo y presentaba el tamaño de una cabeza de feto*. Poco antes de ser vista por nosotros se le había practicado una pielografía descendente que demostraba la pelvis renal izquierda deformada ligeramente y considerablemente rechazada hacia fuera (fig. 1). El tránsito digestivo y el enema opaco sólo

demostraban un desplazamiento del tubo digestivo hacia la derecha (fig. 2). Practicado un nuevo análisis de laboratorio, el 13 de julio de 1954, da los siguientes resultados: hematíes, 4.040.000. Leucocitos, 6.200. Basófilos, 8. Neutrófilos N, Segment, 39. Linfcitos, 56. Monocitos, 2. Türeck, 1 por 100. *Sedimentación globular*: 1 hora, 55 milímetros, 2 horas, 93 mm. índice de Katz, 50,75.

Dadas las características del caso, con-

ello reducir la tumoración casi a la mitad de su tamaño. El enfisema retroperitoneal nos demuestra en aquel momento una buena visualización de la celda renal izquierda, con sombra renal de tamaño normal, desplazada hacia fuera. No se vislumbra la sombra renal derecha. En proyección de perfil se distingue claramente una zona ovalada de localización posterior (en parte alcanzando columna lumbar) y presentando una delicada estructura cálcica (fig. 3).



Figura 2 — El tránsito digestivo y la enema opaca sólo demostraban un desplazamiento del tubo digestivo hacia la derecha.

sideramos contraindicada la intervención inmediata, por el peligro de diseminar células neoplásicas en el torrente circulatorio. También consideramos contraindicado en este momento el **enfisema retroperitoneal**, porque era muy posible que las células neoplásicas, en su crecimiento, hubieran sobrepasado la cápsula del tumor.

Se practican diez sesiones de radioterapia, con un total de 1.500 r., logrando con

Después de la radioterapia se presenta una intensa anemia de 1.800.000 hematíes (5-VIII-54). Ello nos obliga a retrasar la intervención. Se instaura un tratamiento con transfusiones repetidas, extracto hepático y vitaminas, con lo que conseguimos mejorar discretamente el cuadro hemático. La anemia y un proceso respiratorio agudo, febril y disneico (cuyo dictamen radiológico nos informa de la presencia de un proceso

intercurrente pulmonar de localización hilio-basal derecha, que determina una reacción pleural de la gran cavidad) retrasó la intervención un mes y medio más (figs. 4 A y B).

A primeros de septiembre con 3.920.000 hematies se interviene a la pequeña (doctor L. GUBERN SALISACHS), con el temor de que la intervención será probablemente sólo exploradora.

toma abdominal. El diagnóstico histopatológico fué de simpatocitoma (fig. 5). La niña vivió dos meses más presentando al final unos intensos dolores que no calmaban con morfina.

Características de interés del caso

El caso objeto de esta comuni-



Figura 3. — En proyección de perfil se distingue claramente una zona ovalada de localización posterior (en parte alcanzando columna lumbar) y presentando una delicada estructura cálcica.

Intervención. — Incisión transrectal izquierda. Se comprueba la existencia de una tumoración retroperitoneal izquierda inextirpable, adherida al colon y su meso, y que se extendía por delante de la columna vertebral e invadía el espacio retroperitoneal derecho. A nivel de la parte más asequible de la tumoración se extirpa un pequeño fragmento de la misma con fines biópsicos. El diagnóstico operatorio es de neuroblas-

cación presenta una serie de características de interés en sentido estricto y en sentido lato.

En sentido estricto

1.º *Clinica y radiológicamente*

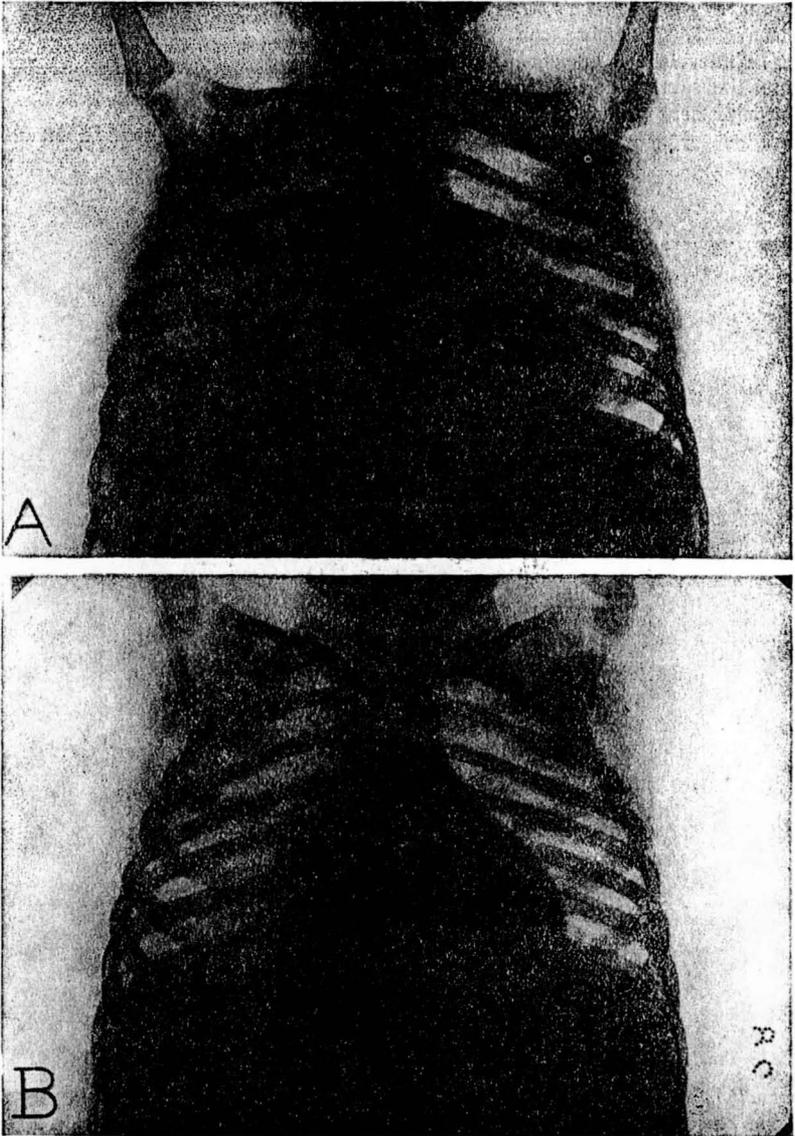


Figura 4. — A) Proceso intercurrente pulmonar de localización hilio-basal derecho, que determina una reacción pleural de la gran cavidad. — B) Radiografía dos días antes de la intervención.

el tumor ocupaba el hemiabdomen izquierdo, pero al practicar el enfisema retroperitoneal no se consiguió infiltrar el tejido celular retroperitoneal del lado derecho, a pesar de que ello se intentó dos veces, dando incluso a la aguja una inclinación de unos 35° hacia el mencionado lado. No sólo no se consiguió infiltrar dicho tejido sino que en el lado derecho, por encima de la cresta ilíaca, parecía observarse un límite opaco con

pequeñas cantidades de gas se consiguió el enfisema perirrenal, lo que demuestra que no había tal perinefritis (RUIZ RIBAS ¹).

Es posible, sin embargo, que el tumor bilateral se desarrollara hacia la cavidad abdominal en el lado izquierdo y, en cambio, invadiera el tejido celular retroperitoneal derecho sin modificar la situación del riñón. En la figura 334 izquierda de la obra de GROSS ² parece observarse una mayor prominencia

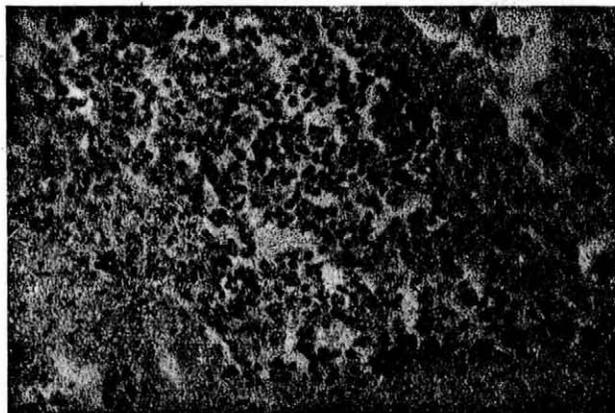


Figura 5. — Aunque en esta micro se observan nidos im-patoblásticos de tejido neuro fibrilar, el diagnóstico histo-patológico de la zona extirpada fué de *simpatoma adulto* (simpatocitoma). Dr. R. Roca de Vinyals.

vexo que recordaba la tumoración palpable en el lado izquierdo, aunque de un tamaño menor. No existían en la historia antecedentes de perinefritis que explicarían la falta de visualización de la silueta renal derecha. Ahora bien, hay que tener en cuenta que MOSCA, autor argentino de dilatada experiencia, cita casos en que después de dos o tres infiltraciones sucesivas con

hacia la cavidad abdominal en uno de los lados, el derecho, y, en cambio, es al parecer más evidente la invasión del tejido celular retroperitoneal izquierdo.

En el terreno de la hipótesis puede aceptarse que la sombra paravertebral alta derecha visible en la pielografía (fig. 1) correspondía al tumor, quizás en su zona inicial, y que el crecimiento por con-

tigüidad dió lugar a las características anatómicas tumorales comprobadas en la intervención. También cabe la posibilidad de que inicialmente existieran focos tumorales paravertebrales diferentes cuyo crecimiento dió lugar a una tumoración única. En efecto, POTTER³ cree que la distribución miliar del tejido neuroblástico en el hígado no es debida probablemente a metástasis de un tumor adrenal, sino a un crecimiento de células preexistentes, las cuales, según MAXIMOW y BLOOM⁴, no representan en el hígado ninguna anomalía. Por razones embriológicas es probablemente más justificable la existencia y crecimiento ulterior de núcleos neuroblastomatosos del tejido retroperitoneal, los cuales pueden dar lugar ulteriormente a un solo tumor de configuración variable en sus características.

2.º Después de la radioterapia se presentó una acentuada anemia, que junto con un proceso intercurrente retrasó la intervención un mes y medio. Cabe la posibilidad de que dicha anemia fuera provocada por metástasis óseas, especialmente vertebrales, que hayan pasado desapercibidas. Creemos, sin embargo, más probable atribuir la mencionada anemia a la radioterapia.

3.º Practicamos la intervención con el diagnóstico probable de tu-

mor renal. Una revisión de la historia nos demuestra que hubiese sido más razonable el diagnóstico de probable neuroblastoma:

a) Por la localización de la tumoración cuando fué vista por primera vez por nosotros (tumoración profunda en el hipocondrio izquierdo y más cerca de la línea media que el polo del bazo).

b) Por el desplazamiento hacia fuera de la pelvis sin otras modificaciones manifiestas de la misma. Según CROSS, en el tumor de Wilms el riñón, la pelvis y el uréter casi nunca están desplazados lateralmente y, en cambio, sí que lo están con frecuencia hacia dentro.

c) Por la existencia de calcificaciones, las cuales también pueden observarse en los teratomas mucho menos frecuentes que los neuroblastomas y más propios de los primeros meses de la vida.

d) Por la anorexia y dolores abdominales existentes, más precisos y frecuentes en el neuroblastoma que en el tumor de Wilms. El inclinarnos al diagnóstico de este tumor fué debido no sólo a que subestimamos los mencionados antecedentes, sino también por la mayor frecuencia con que observamos el tumor de Wilms.

En realidad, el error diagnóstico entre tumor de Wilms y un neuroblastoma carece prácticamente

de importancia. En efecto, si se cree en el primer diagnóstico y se practica la intervención correctamente, se pone al descubierto el pedículo vascular renal, lo que permite darse cuenta de las conexiones mediales y posteriores del neuroblastoma. El conocimiento de las mencionadas conexiones es de gran interés en relación con la conducta quirúrgica a seguir.

4.º Según el análisis histopatológico de la zona extirpada, se trataba de un simpatocitoma con alguna zona simpatoblástica. La evolución clínica correspondía a un tumor de mayor malignidad, la cual probablemente se hubiera comprobado con la biopsia de otras zonas.

En sentido lato

El recordar las tres reglas fundamentales en la lucha contra el cáncer en la infancia.

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

2.º Considerar toda neoplasia abdominal como un abdomen agudo (LOZOYA, HIGGINS).

3.º 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. Por esto, en este caso se efectuaron unas sesiones de radioterapia antes del enfisema retroperitoneal y de la intervención.

El caso objeto de esta comunicación es un ejemplo demostrativo de la necesidad de derribar los dos susodichos mitos: el de la rareza e incurabilidad del cáncer en la infancia. Hemos tenido ocasión de operar un neuroblastoma abdominal que fué visto en fase más tardía que el caso que nos ocupa. En la intervención lesionamos por dos veces la vena porta y el colédoco. La obstrucción del mismo, debido a la cicatrización de la lesión operatoria, nos obligó a practicar una colecistogastrostomía. Histológicamente se trataba de un simpatoma simpatoblástico. Al año y medio la niña continuaba en perfecto estado. No debemos olvidar que, como dice CAMPBELL, las posibilidades de curación después de un año sin recidiva en un niño, son análogas a las de un adulto en las mismas condiciones a los cinco años de la intervención. Todo ello explicable por el concepto del tiempo biológico sobre el cual tantas veces hemos insistido (L. GUBERN SALISACHS) ⁵ ⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. RUIZ RIBAS: Enfisema generalizado del tejido retroperitoneal profundo. Boletín del Consejo General de Colegios Médicos de España, núm. 63, octubre 1952.
2. GROSS: The surgery of infancy and childhood. Saunders, Filadelfia, 1953.
3. POTTER: Pathology of the Fetus and the Newborn. The Year Book Publishers, Chicago, 1952.
4. MAXINOW, A. A. y BLOOM, W.: A Text book of Histology (5th ed.). Saunders, Filadelfia, 1948.
5. L. GUBERN SALISACHS: Ensayos acerca de la adaptación, el tiempo biológico y los procesos de reparación. Edit. Científico-Médica, Barcelona, Madrid, Valencia, 1948.
6. L. GUBERN SALISACHS: Tiempo fisiológico y crecimiento. Deducciones prácticas. Revista Española de Pediatría. T. IX, número 54, nov.-dic., 1953.