

## TUMOR DE WILMS. - SOBREVIDA

Dres. CASTRIA \*, M. A. NIGRO, J. M., FIORENTINO, N. A. y PIEGARI, N. S.

La descripción del tumor disembrionoplástico realizada por Wilms en 1899 fue precedida por las comunicaciones de Gardner en 1828, Eberth en 1872 y Cohnheim en 1875.

La vasta sinonimia reunida por Culp y Hartman bajo el epígrafe de *nefroma embrionario* queda consagrada actualmente en la nomenclatura como tumor de Wilms, quien la atribuye a la evolución neoplásica del mesodermo indiferenciado antes de su división en mio, esclero y nefrotomo.

Se entendía que este tumor estaba limitado a los niños pero comunicaciones sucesivas lo hacen extensivo a la edad adulta, pero que de ninguna manera supera a la frecuencia observada en la edad primaria de la vida.

En 1941 Ladd y White publican sus observaciones en 60 casos de embrioma de riñón en niños; Weisel y colaboradores presentaron 44 casos de la Clínica Mayo que representaban una frecuencia de uno cada 25.000 ingresos, correspondiendo 29 al sexo femenino y 15 al masculino, oscilando la edad entre 7 meses y 59 años, pero la mayoría se encontraba en el tercer año de vida.

En 1946 Nesbit y Adams describen 16 casos de tumor de Wilms en niños, 12 de los cuales tenían menos de tres años y 4 menos de seis.

Silver, en 1947, de 18 observaciones dos eran adultos y del total 11 del sexo femenino y 7 del masculino.

En un lapso de ocho años Daw estudió siete casos en los que todos los pacientes tenían menos de cuatro años.

Campbell, en 52 observaciones, la edad osciló entre el mes y 12 años de edad.

De todo ello se deduce que excepto los tumores de órbita el tumor de Wilms es el más frecuente en los primeros años de la vida, representando el 20 por ciento del total de neoplasias que se producen en los niños.

En cuanto a su histogénesis se acepta el concepto de Kuffer sobre el origen del "metanefros" embrionario. El tumor de Wilms es disgenético y su germen inicial es pluripotente; es decir, capaz de engendrar tejidos diversos: mesenquimatosos, musculares, renales, nerviosos, etc., de consistencia en general sólido, raramente quístico y frecuentemente encapsulado, alcanzando rápidamente tamaños considerables, elemento diagnóstico de capital importancia. La diseminación se realiza por vía linfohemática. El cuadro clínico del tumor de Wilms está dado por aumento acelerado del tamaño del riñón, repercusión en el estado general del paciente, dolor, hematuria (inconstante), fiebre (infrecuente), e hipertensión arterial en un 70 por ciento de los casos, atribuida presumiblemente a isquemia renal por compresión tumoral. El tumor de Wilms en el niño es de gran malignidad terminando con la vida del enfermo en pocos meses, producida por metástasis que asientan en huesos, pulmón, cerebro e hígado principalmente.

Toda tumoración de rápido crecimiento en un niño localizada en hipocondrio o flanco debe orientarnos inmediatamente en la existencia de un tumor de Wilms que en ocasiones inicia su desarrollo en la vida intrauterina y por el volumen que alcanza ser causa de distocia.

Los demás signos generales que la clínica nos revela confirmaron dicha presunción diagnóstica, pero es sin duda la urografía excretoria quien ha de

certificarlo con la anarquía de sus imágenes pielocalicilares.

El tratamiento eficaz es la nefrectomía, pero que a pesar de una extirpación radical en apariencia y de la falta de indicios de metastasis en el momento de la operación, meses después sobrevienen recidivas.

La irradiación postoperatoria es un criterio sustentado por la mayoría de los cirujanos que comprueban con dicho tratamiento un complemento positivo en la evolución del paciente, pero impotente para evitar la diseminación neoplásica y el curso inexorable del mal.

La quimioterapia actuando como paliativo ha demostrado ser útil en el control de la recurrencia local o de la metástasis, constituyéndose la actinomicina D en la droga de elección.

El pronóstico es sombrío cualquiera sea el esquema adoptado tratándose ya de irradiación preoperatoria seguida de nefrectomía e irradiación postoperatoria más quimioterapia.

La literatura médica a través de comunicaciones de Dickey, Chandler, Silver, Priestley, Ladd, Randall, Cambell, Barriger y otros, establecen que el pronóstico es extraordinariamente desfavorable principalmente cuando menor es el niño.

Se establece que la supervivencia después de la operación puede llegar a los 20 años, si bien es cierto que es excepcional, pero en la gran mayoría de los casos la sobrevida no excede los 5 años.

Historia clínica Nº 185.573. Instituto de Cirugía de Haedo.

S. M., de 2 años y 2 meses de edad.

*Antecedentes:* Hija única de padres sanos, gestación y parto normal. Ingresa al Servicio de Urología enviada por facultativo quien al ser consultado por hematuria total (6/4/65) constata al examen semiológico tumoración que ocupa hemiabdomen derecho, del tamaño de un pomelo. El examen clínico realizado corrobora la existencia de tumor renal derecho, cuya certificación lo determina la urografía excretoria. Con diagnóstico de tumor de Wilms se procede a la intervención quirúrgica realizada el 9/4/56 por el Dr. Jorge Vilar, quien lo aborda con incisión de Bazy. La exceresis del tumor se efectúa sin dificultad liberándose uréter hasta la vejiga donde se secciona. Se extirpan algunos ganglios de la cadena aórtica y del pedículo.

El postoperatorio evoluciona favorablemente y es dada de alta a los diez días, para iniciar tratamiento radiante. El mismo se inicia el 26/4/56 administrándosele 8.000 r., dando de alta a la paciente el 16/6/56.

*Estado actual:* Citada para el examen médico de control correspondiente, concurre al Servicio de Urología el 15/7/69.

Paciente de 15 años de edad en buen estado general. Talla 1,62. Peso 56 kilos.

Examen semiológico de aparato urinario: nefrectomía derecha. Resto sin particularidades.

Examen radiológico: la urografía excretoria revela ausencia de riñón derecho y buena función renal izquierda, uréter permeable, vejiga sin particularidades.

Radiografía de tórax: normal.

Se solicitaron los siguientes análisis de laboratorio:

Sangre y orina: sin particularidades.

Fosfatasas ácida y alcalina: valores normales.

Dehidrogenasa ácido láctico: valores normales.

Proteinograma: valores normales.

17 Cetosteroides y Gonadotrofinas urinarias: valores normales.

Papanicolao: negativo. Clase I.

Examen ginecológico: sin particularidades.

Del examen clínico semiológico, radiológico y de laboratorio, se deduce el buen estado general de la paciente.

### *Conclusión*

Se presenta una paciente de 15 años de edad a quien a los 2 años y 2 meses se la interviene quirúrgicamente por tumor de Wilms realizándose tratamiento radiante complementario.

Estimamos que la sobrevivida de 14 años y 5 meses alcanzada constituye un elocuente testimonio de éxito frente a la patología comentada.



Tumor de Wilms. 18 cms. x 10 cms. Parte superior: parénquima renal