



Reporte de caso

Tumor de Wilms: recidiva abdominal. Reporte de un caso.

Wilms' tumor: abdominal relapse. Report of a case

*Guevara Padilla Suyapa, *Santos Canales Oscar.

*Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Palabras claves:

Tumor de Wilms, Nefroblastoma, Nefrectomía.

Keywords:

Wilms tumor, Nephroblastoma, Nephrectomy.

Correspondencia a:

Dra. Suyapa Guevara

Correo electrónico:

suyadorianne@gmail.com

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resumen

Introducción. Aproximadamente 15% de los pacientes con tumor de Wilms con características histológicas favorables y 50% con características de anaplasias presentan recidiva. Caso Clínico. Se presenta un caso de Tumor de Wilms con recidiva abdominal, el cual ingresó al servicio de pediatría del Hospital Materno Infantil con una historia de dolor abdominal de una semana de evolución, a quien 18 meses antes se le realizó nefrectomía derecha por un nefroblastoma. A la evaluación se encuentra masa abdominal de 20 cms, localizada en cuadrante superior derecho y al realizar TAC Abdominal se encuentran 2 masas una de ellas en la fosa renal post nefrectomía. Discusión. La cirugía en el tumor de Wilms debe realizarse cuidadosamente, pues el tejido tumoral es muy frágil y se puede romper provocando siembra peritoneal. Existe riesgo de presentar una recidiva si existen restos nefrogénicos en el tejido cercano del tumor extirpado. Los pacientes con tumores recidivantes en abdomen después de recibir tratamiento con radioterapia, cirugía y quimioterapia tienen un pronóstico precario con una tasa de supervivencia a los 2 años de 43%. Conclusión. Siempre se debe mantener en vigilancia a todos los pacientes con neoplasias malignas para detectar recurrencias tempranas.

Abstract

Introduction. Approximately 15% of patients with Wilms' tumor with favorable histological characteristics and 50% with anaplastic features present recurrence. Clinical case. We present a case of Wilms Tumor with abdominal recurrence, which entered the pediatric service of the Hospital Materno Infantil with a history of abdominal pain of a week of evolution, who 18 months before had nephrectomy performed by a nephroblastoma, at the evaluation found abdominal mass of 20 cm, located in the upper right quadrant and when doing Abdominal CT are 2 masses one of them in the renal fossa post nephrectomy. Discussion. Surgery in the Wilms tumor should be performed carefully, as the tumor tissue is very fragile and can rupture causing peritoneal seeding. There is a risk of recurrence if there are nephrogenic residues in the nearby tissue of the excised tumor. Patients with recurrent tumors in the abdomen after radiation therapy, surgery and chemotherapy have a poor prognosis with a 2-year survival rate of 43%. Conclusion. Patients with malignant neoplasms should always be kept under surveillance to detect early recurrences.

CONCLUSIONES

El tumor de Wilms, es la neoplasia renal maligna más frecuente del mesénquima metanéfrico persistente. Es un frecuente en la infancia, representando el 6% de todos los tumores infantiles[1]. Es un tumor característico de la primera infancia que afecta sobre todo a niños entre 1-2 años de edad. No se conoce con exactitud su origen, pero se cree que se presenta por una diferenciación aberrante del mesénquima metanéfrico persistente. Es un tumor curable en la mayoría de los niños afectados, más del 90% sobrevive después de hacer el diagnóstico. Sin embargo, la supervivencia con recidiva del tumor de Wilms es pobre, se estima entre 24 y 34%[2]. Aproximadamente 15% de los pacientes con tumor de

Wilms con características histológicas favorables y 50% con características anaplasias presentan recidiva[3].

Se presenta este caso debido a las características patológicas especiales que rara vez se observan en la literatura mundial en los casos de tumor de Wilms.

Presentación del caso.

Paciente de sexo femenino de 5 años de edad, procedente de Juticalpa, Olancho que ingresa a la emergencia con historia de dolor abdominal generalizado, difuso, tipo cólico, de intensidad moderada sin exacerbantes ni atenuantes, acompañado de vómitos de contenido alimentario e hiporexia de una semana de evolución.

Como antecedente personal patológico refiere que hace 18 meses fue diagnosticada con tumor de Wilms (se desconocen más detalles), se le dio manejo en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa donde se le realizó Nefrectomía derecha acompañada de 4 ciclos de quimioterapia y radioterapia por 1 año con aparente buena evolución.

En su historia familiar se encuentra caso de un hermano diagnosticado con tumor de Wilms quien fue sometido a cirugía a la edad de 2 meses quien actualmente presenta 10 años de remisión clínica.

Al examen físico se encuentra escolar femenina, cuya edad real concuerda con la aparente, activa, colaboradora, orientada con buen estado nutricional, acompañada de su madre. En la revisión por regiones el único hallazgo relativo es en abdomen donde a la inspección se observa simétrico, con cicatriz quirúrgica supra umbilical de aproximadamente 18cm, abultamiento en región epigástrica, no presenta equimosis ni lesiones hemorrágicas. En la auscultación se encuentran ruidos intestinales presentes regulares. A la percusión abdomen timpánico por regiones, en epigastrio se percute matidez generalizada y en la palpación se encuentra masa de consistencia pétreo, no móvil, levemente dolorosa, de bordes difusos de aproximadamente 20cm de longitud que se extiende desde epigastrio a 5cm bajo la apófisis xifoides hasta hipogastrio, sin evidencia de irritación peritoneal. Resto de examen físico normal.

Se ingresa para evaluación intrahospitalaria donde posteriormente se presentan hallazgos de laboratorio y radiológicos contenidos en las tablas No 1 y 2.

Un primer ultrasonido abdominal evidenció masa solida con algunas áreas quísticas en su interior que se localiza a nivel retroperitoneal y se extiende a hipogastrio. Un segundo ultrasonido abdominal evidenció masa heterogénea adyacente a lóbulo hepático derecho con vascularización periférica y central de componente quístico con volumen de 252cc, se visualiza una segunda masa retroperitoneal de similares características.

En la tomografía abdominal se observó masa importante a nivel de la fosa renal derecha con extensión retroperito-

Tabla 1. Hemograma Completo

No 1	No 2
WBC: 8,2 mil/mm3	WBC: 9,5 mil/mm3
HGB: 9.4 mg/dl	HGB: 9.9 mg/dl
HCT: 27.9%	HCT: 30.6 %
Plaquetas: 524,000 /mm3	Plaquetas: 486,000

Fuente: Expediente Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Tabla 2. Química Sanguínea

No 1	No 2
Glucosa: 46 mg/dl	Glucosa: 87 mg/dl
BUN: 8 mg/dl	BUN: 8 mg/dl
Creatinina: 0.6 mg/dl	Creatinina: 0.6 mg/dl
Sodio: 141 mmol/l	Sodio: 138mmol/l
Potasio: 4.4 mmol/l	Potasio: 3.4 mmol/l
TGO: 39 U/L	
Fosfatasa Alcalina: 88 U/L	

Fuente: Expediente Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

neal conectando con los cuerpos vertebrales y la aorta abdominal y contacta con el lóbulo hepático sin invadirlo, se extiende hasta alcanzar la pelvis en contacto con la porción superior de la vejiga, se observa líquido libre abdominal y pélvico.

Conclusión Diagnostica: Masa retroperitoneal sugestiva a recidiva abdominal de tumor de Wilms. Se realizaron evaluaciones por los departamentos de cirugía pediátrica y hematológica para determinar la mejor opción de tratamiento para la paciente.

DISCUSIÓN

En 1899 el cirujano Max Wilms publicó un informe sobre 7 niños que padecían tumores malignos del parénquima renal. El nefroblastoma se considera actualmente como el tumor renal maligno más frecuente de la infancia y se le conoce comúnmente como tumor de Wilms [4].

La incidencia máxima esta entre los 2-5 años de edad, el 90% se presenta unilateral con o sin antecedentes familiares. Casi en un 97% se presenta de forma esporádica sin causa hereditaria, congénita o factores de riesgo[5]. Los hermanos de niños con tumor de Wilms tiene una probabilidad baja de desarrollar este tipo de neoplasia[6]. En aproximadamente un 15% de los pacientes pediátricos existen malformaciones congénitas asociadas: aniridia, hemihipertrofia, hipospadia, criptorquidia, síndrome de Denys- Drash, síndrome de Beckwith- Wiedemann [7].

Está conformado por células de la estirpe de los tres tipos celulares embrionarios: Blastema, Sarcomatoso y Epitelial. Su origen es genético y se asocia a deleción del brazo corto del cromosoma 11, en donde se encuentra el gen supresor de tumores WT1 [8].

Aunque la mayoría de los pacientes con un diagnóstico histológico favorable responden bien a los tratamientos actuales, aproximadamente el 10% tienen características que están asociadas con un pronóstico más precario y con una alta incidencia de recidiva y muerte [9]. La histología desfavorable encontrada en el 13% de los niños mayores de 5 años en un efecto adverso para metástasis y recaídas[10].

Dentro de las manifestaciones clínicas de un tumor recidivante, la más común y generalmente inicial es el descubrimiento de una masa abdominal asintomática[11].

El tumor de Wilms recidivante se trata con otros fármacos como Ciclofosfamida, Ifosfamida, Cisplatino, Carboplatino y Etoposido[12]. Sin embargo, hay diferencias interesantes entre las filosofías terapéuticas de Estados Unidos cuyos miembros recomiendan la biopsia inicial y la extirpación del tumor, seguida por quimioterapia, y las de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica cuyos miembros recomiendan quimioterapia temprana seguida por biopsia y cirugía [8].

La cirugía en el tumor de Wilms es siempre un proceso que debe realizarse cuidadosamente, pues el tejido tumoral es muy frágil y se puede romper lo que daría lugar a una siembra peritoneal, obligando a un tratamiento más agresivo[13].

La recurrencia en el lecho quirúrgico en niños en estadios III, IV y V es de 16.2%, 15% y 37.9%[14]. Parece haber más riesgo de presentar una recidiva si existen restos nefrogénicos en el tejido cercano del tumor extirpado[15]. Los pacientes con tumores recidivantes en abdomen después de recibir tratamiento con radioterapia, cirugía y quimioterapia con 3 fármacos, tienen un pronóstico precario con una tasa de supervivencia a los 2 años de 43% [9].

CONCLUSIONES

A pesar del buen pronóstico que se presenta en los pacientes con tumor de Wilms, en la actualidad no existen marcadores que permitan monitorizar una posible recidiva post tratamiento. Los niños deben ser vigilados cuidadosamente con revisiones periódicas y se debe educar a los padres para identificar signos de recidiva.

El tratamiento para este tipo de tumores es aceptado y aplicado a nivel mundial sin embargo las complicaciones a corto y largo plazo son un riesgo presente en cada uno de los pacientes.

REFERENCIAS

- [1] Isa N, Reyes C, Russo M. Resultado del tratamiento del tumor de Wilms en población pediátrica. *Rev. chil pediatr.* 2013; 84(6): 628-633. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062013000600005&script=sci_arttext
- [2] Quintana M, Rodríguez C, Veloz M. Nefroblastoma extra renal: presentación de caso. *Revista Medicina.* 2006; 11(1): 49-53. Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/index.php/ucsg-medicina/article/view/382>
- [3] Tratamiento del tumor de Wilms y otros tumores renales infantiles. Versión para profesionales de salud [en línea]. Estados Unidos: Departamento de Salud y Servicios Humanos; [acceso 20 Junio 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/ri-non/pro/tratamiento-wilms-pdq>
- [4] Osorio M, Salgado M, Shoup C. Tumor de Wilms bilateral. Presentación de un caso y revisión bibliográfica. *Anales de Radiología Mexico.*2011; 2:121-126. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ana-radmex/arm-2011/arm112i.pdf>
- [5] Rocha M, Méndez A, Terrazas C, Pardo A. Tumor de Wilms unilateral asociado a aniridia: a propósito de un caso. *Gac Med Bol.* 2014; 37(2):90-93. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662014000200010
- [6] Rostion G, Grandjean T, Bustamante P, Gac K, Varas J. Tumor de Wilms: Asociación de complicaciones quirúrgicas y hallazgos clínicos e imagenológicos. *Rev. Ped. Elec.* 2007; 4(1): 7-12. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol4num1/pdf/2_Tumor_de_Wilms.pdf
- [7] Caicedo P, Gómez A, Gómez D, et al. Tumor de Wilms en adultos: reporte de un caso. *Urol Colomb.* 2012; 21(1):79-83. Disponible en: <http://www.re-dalyc.org/html/1491/149124284009/>
- [8] Galindo J, Iecompte N, Visbal L, Consuegra A. Tumor de Wilms: hallazgo coincidente. *Salud Uninorte.*2006; 22(1):46-51. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4104/5690>
- [9] Solís J, Rodríguez C, Corrales L, Moya R. Tumor de Wilms con ambigüedad genital: revisión y reporte de un caso. *Acta Pediatr Costarric.*2004; 18(1). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00902004000100006
- [10] Pérez F, Vicaino M, Valencia I, ramirez D, Forero C. Tumores renales en pediatría: experiencia en el hospital San Ignacio 2005-2006. *Urología Colombiana.* 2007; 16(1). Disponible en : <http://www.re-dalyc.org/html/1491/149120468008/>
- [11] Rodríguez R, Selvaggio M, Aslanian J, et al. Tumor de Wilms intrapelvico: Reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Rev. Cir Infantil.* 2002; 12(4): 227-230.
- [12]Aune J. Tumor de Wilms. *Pediatrics en Review*, es

- español. 2008; 29(9): 142-143. Disponible en: <https://maternoinfantil.files.wordpress.com/2008/05/wilms.pdf>
- [13] Protocolo de tratamiento para Tumor de Wilms [En línea]. México: Hospital Infantil de México Federico Gómez; [Acceso 20 junio 2017]. Disponible en: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/TumorWilms.pdf>
- [14] Tumor de Wilms diagnostico y tratamiento en pediatría: referencia rápida. Guía de practica clínica[en línea]. México : Consejo de Salubridad General; [acceso 21 junio 2017]. Disponible en: http://www.cenotec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/304_SSA_10_Tumor_Wilms/EyR_SSA_304_10.pdf
- [15] Fernández I, Laureano C, Fernández R, et al. Manejo quirúrgico del tumor de Wilms bilateral: nuestra experiencia con 18 casos. Cir Pediatr. 2009; 22: 186-188. https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2009_22-4_186-188.pdf