

Relevancia del cáncer en la actual patología pediátrica

J.L.BEZANILLA REGATO*

A. NAVAJAS GUTIERREZ*

Hasta no hace muchos años, el cáncer infantil era considerado una rareza por los médicos generales e incluso por los pediatras que ejercían su profesión a nivel primario. Por entonces, las principales causas de mortalidad infantil eran muy diferentes de las actuales. Las enfermedades infecciosas, las gastroenteritis severas con deshidratación, la patología neonatal, la prematuridad, las malformaciones congénitas, etc., ocupaban los primeros puestos como causas de muerte en la edad infantil (1).

Los avances sanitarios, sociales, económicos y culturales de nuestro país han hecho que la mortalidad por muchas de estas causas haya disminuido extraordinariamente (2), haciendo que otras causas de mortalidad pediátrica pasen a relevarlas en los primeros puestos. La primera causa de mortalidad infantil, después del primer año de vida (para algunos después del primer mes), en los países desarrollados, son los accidentes, considerados en un sentido amplio, y el cáncer le sigue como segunda causa de muerte en la edad pediátrica (3,4).

Esto, aunque sabemos que los tumores infantiles son poco frecuentes. Pero no raros. El mejor diagnóstico de estos procesos malignos, la creciente hospitalización de todos los pacientes infantiles, entre ellos los afectos de cáncer, agrupando patologías antes dispersas, etc., han permitido la detección de casos que antes habrían pasado desapercibidos y ha hecho concienciarse a los pediatras

de que el cáncer infantil es una realidad que deben tener presente en su quehacer diario.

La incidencia anual en U.S.A. para todos los tumores malignos en niños por debajo de los 15 años, es 12,45 por cien mil niños (3). En España la incidencia de tumores infantiles no es bien conocida. Desde 1980 funciona en nuestro país el Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI), creado bajo los auspicios de la Sección de Oncología Pediátrica de la Asociación Española de Pediatría y el Centro de Documentación e Informática Biomédica de la Universidad de Valencia (5). Durante 10 años (1980-89), se han registrado 5.094 casos y en 1988 se registraron 617 nuevos tumores malignos infantiles (6). El número de casos registrados se ha ido incrementando cada año al incorporarse nuevos Centros Hospitalarios al Registro. Aún así, todavía hoy, probablemente no se recogen nada más que el 60% de los tumores infantiles que se originan en España.

La distribución de los tumores por Comunidades Autónomas es variable (6) y está en relación, por un lado, con la población de cada una de ellas y, por otro, con el número de Centros que envían sus casos al Registro en cada Comunidad. La distribución de la incidencia de los tumores infantiles según el tipo de tumor, en nuestro país, guarda un paralelismo muy estrecho con la distribución observada en otros países, como por ejemplo en U.S.A. (3,4). Esta misma distribución se observa dentro de

*Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital de Cruces. 48903 Baracaldo, Vizcaya.
Conferencia pronunciada en el III Memorial Profesor «Guillermo Arce».

la patología recogida en distintos centros hospitalarios como ocurre en el nuestro (Tabla I). Existen, sin embargo, variaciones en cuanto a la incidencia de los distintos tumores, según las razas o según las edades (4,7,8).

TABLA I.
PRINCIPALES GRUPOS DE TUMORES PERIODO 1980-89.
HOSPITAL INFANTIL DE CRUCES. VIZCAYA.

Leucemias	71	(27,3%)
Tum. S.N.C.	57	(21,3%)
Linf. No. Hodgkin	37	(14,2%)
Neuroblastoma	22	(8,5%)
Linf. Hodgkin	14	(5,4%)
Nefroblastomas	12	(4,6%)
Tum. Tej. Blandos	11	(4,2%)
Tum. Oseos	9	(3,5%)
Retinoblastomas	8	(3,1%)
Tu. Cel. Germina	6	(2,3%)
Otros	13	(5,0%)
Total	260	(100,0%)

Por otra parte, hasta hace sólo unos años, era bien poco lo que se podía hacer por aquellos niños a los que se diagnosticaba una enfermedad maligna. Hace 30 años, la leucemia aguda era considerada incurable. Se podían conseguir remisiones temporales que luego no podían mantenerse. La mitad de los pacientes con leucemia linfoblástica aguda fallecían dentro de los 6 meses siguientes al diagnóstico. Con los tumores sólidos ocurría algo semejante. En los últimos lustros la situación ha cambiado drásticamente (9,10). Algunos tumores como el nefroblastoma (11), el linfoma de Hodgkin (12,13) y la leucemia (14), entre otros, han mejorado notablemente en su supervivencia. En otros, como el neuroblastoma (15) y el meduloblastoma (16), el progreso ha sido menos notable. Una idea bastante aproximada del buen nivel de la Oncología Pediátrica en nuestro país podemos obtenerla a partir de las curvas de supervivencia para los distintos tumores de nuestro RNTI (6), que comparan dignamente con las obtenidas en otros

estudios.

Todo esto se ha conseguido merced a una serie de hechos que se han producido en los últimos años, como por ejemplo un diagnóstico cada vez más precoz, la referencia de los pacientes a Unidades Oncológicas Pediátricas donde existen Comités de Tumores y personal especializado que aplican protocolos nacionales o internacionales para el tratamiento, así como los nuevos avances en la Cirugía, la Radioterapia y, sobre todo, la Quimioterapia. La llegada de nuevos procedimientos, como el trasplante de médula ósea, también ha contribuido a mejorar la supervivencia de los niños con cáncer.

Los tratamientos intensivos que se les aplican a estos pacientes y las complicaciones inmediatas que estos tratamientos producen, son motivo de las múltiples hospitalizaciones que estos niños requieren y que les lleva a ocupar un volumen cada vez mayor dentro de la

TABLA II.
HOSPITAL INFANTIL DE CRUCES. AÑO 1989
INGRESOS Y ESTANCIAS POR ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS PLANTA DE PREESCOLAR Y ESCOLARES.

	INGRESOS	ESTANCIAS
Pediatría General	414	2.716
Endocrino	117	321
Respiratorio	30	82
Cardiología	84	677
Nefrología	143	991
Neurología	193	1.139
Oncología	310	1.695
- Urgentes	95	
- Programadas	215	

patología hospitalaria. En la Tabla II puede apreciarse como la Oncología Pediátrica ocupó el segundo lugar en número de ingresos y estancias de una

unidad de asistencia a escolares y preescolares en nuestro hospital durante el pasado año 1989, por detrás sólo de la miscelánea que constituye la pediatría general y por delante de todas las restantes especialidades pediátricas reconocidas. Algo semejante ocurre en las restantes unidades oncológicas pediátricas de nuestro país que van requiriendo ampliación del área asistencial y del personal especializado. Pero no es sólo eso. La correcta asistencia de estos pacientes con patología a veces muy compleja exige la cooperación de múltiples servicios y secciones especializadas del hospital, coordinada por el oncólogo pediatra responsable del paciente, contribuyendo así a la sobrecarga asistencial de todo el hospital.

De todo lo expuesto hasta el momento, fácilmente se deduce que la importancia de la oncología en la patología pediátrica actual es notable y creciente. De un lado, la constatación por parte de los médicos de familia y de los pediatras generales de que los tumores infantiles son poco frecuentes, pero no una rareza, les ha llevado a desarrollar un creciente índice de sospecha para establecer el diagnóstico de estos procesos.

El resultado es que el diagnóstico de los tumores infantiles se realiza cada vez más precozmente, en estadios más favorables para el tratamiento, con el consiguiente mejor pronóstico. Si a esto añadimos la administración de los actuales protocolos de tratamiento intensivo, cada vez un mayor número de estos pacientes pueden ser recuperados y los porcentajes de sobrevivencia van aumentando progresivamente. Ello contribuye a ir rompiendo el fatalismo resignado que se tenía a veces frente a estos procesos y sirve de estímulo para redoblar los esfuerzos de todos en favor de un diagnóstico más precoz.

Es cierto también que muchas veces los logros obtenidos conllevan aparejados largos y dolorosos tratamientos con su cortejo de complicaciones inmediatas y secuelas tardías que contribuyen a la sobrecarga asistencial de las áreas de hospitalización oncológica y, por extensión, del resto de las unidades asistenciales especializadas. Pero a medida que vamos conociendo mejor los efectos secundarios desfavorables de la quimioterapia y de las radiaciones, y en cuanto los diagnósticos en estadios más precoces nos permitan utilizar tratamientos menos agresivos, una buena parte de estos efectos secundarios podrán ser evitados y los niños que consigan la curación podrán llevar una vida esencialmente normal.

A pesar de todos los esfuerzos realizados y de los indudables avances conseguidos hasta el momento, las enfermedades malignas infantiles siguen constituyendo la segunda causa de mortalidad pediátrica en los países desarrollados después del primer año (mes) de vida.

Si queremos ir reduciendo las tasas de mortalidad infantil, uno de los caminos a seguir habría de ser a expensas de aumentar las curaciones de los pacientes con cáncer. Los esfuerzos de todos, y en especial de las autoridades sanitarias, deben dirigirse a potenciar la lucha contra el cáncer en sus aspectos preventivo y curativo, de la misma manera que en el pasado, orientamos nuestros esfuerzos a la lucha contra la malnutrición, las enfermedades infecciosas, las hipovitaminosis, etc., con los resultados de todos conocidos, y del mismo modo que dirigimos nuestros esfuerzos a combatir otras patologías actuales predominantes como pueden ser los accidentes, la subnormalidad o el SIDA.

BIBLIOGRAFIA

1. CRUZ HERNANDEZ, M.: *Tratado de Pediatría*, 5ª Ed. T/1, pág. 20. Editorial Espaxs, Barcelona, 1983.
2. ARBELO CURBELO, A.; ARBELO LOPEZ DE LETONA, A.: *Demografía sanitaria infantil*. 3ª Ed. Editorial Paz Montalvo, Madrid. 1980.
3. YOUNG, J.L. Jr.; RIES, L.G.; SILVERBERG, E.; et al.: *Cancer incidence, survival and mortality for children younger than 15 year*. Cancer, 1986, 58: 598.
4. PRATT, C.B.: *Some aspects of childhood cancer epidemiology*. Ped. Clin N. Am. 1985; 32: 541.
5. Estadísticas básicas del Registro Nacional de Tumores Infantiles (1980-84). Secc. Oncol. Pediat. de la AEP y CEDIB. Edita Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana. 1986
6. Registro Nacional de Tumores Infantiles. Estadísticas Básicas, 1989, Secc. Oncol. Pediat. de la AEP y CEDIB, Valencia, 1990.
7. BURBANK, F.: *Age distribution of mortality from cancer of the testis, us whites compared with blacks*. Natl. Cancer Inst. Monogr. 1971; 33: 216.
8. MILLER, R.W.: *Childhood cancer mortality in USA and Japan*. Tohoku J. Exp. Med., 1967; 91: 103.
9. MILLER, R.W.; MCKAY, F.W.: *Decline in US childhood cancer mortality*. Jama, 1984; 251: 1567.
10. HAMMOND, G.D.: *The cure of childhood cancers*. Cancer, 1986; 58: 407.
11. VOUTE, P.A.; TOURNADE, M.F.; DELEMARRE, J.F.M.; et al.: *Preoperative chemotherapy as first treatment in children with Wilm's tumor. Results of nephroblastoma trial and studies*. Abstrac SIOF XIX meeting, Jerusalem, 1987.
12. GILCHRIST, J.S and EVANS, R.G.: *Contemporary issues in Pediatric Hoodkin's disease*. Ped. Cl. N. Am., 1985; 32: 721.
13. SCHELLONG, G.I.; HÖRNIG, J.H.; BRÄMSWIG, E.W.; et al.: *Favourable outcome of childhood stage IV Hodgkin's Disease with OPPAACOPP chemotherapy and additional radio therapy*. (Abstract). XIX. Meeting of the International Society of Paediatric Oncology (SIOF), Jerusalem, 1987.
14. MOYA, E.; BEZANILLA, J.L.; NAVAJAS, A.; y cols.: *Factores, pronósticos y evolución de 92 niños con leucemia linfoblasta aguda*. An. Esp. Ped., 1988; 29: 26.
15. LOPEZ-IBOR, B. and SCHWARTZ, A.D.: *Neuroblastoma*. Ped. Cl. Of. Na., 1985; 32: 755.
16. BLOOM HJG: *SIOF Medulloblastoma I*. Manuscript London, 1963.