

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

DR. HORACIO ZALCE  
DR. CARLOS SARIÑANA

**S**E PUEDE afirmar en términos generales que todo tumor en la infancia debe ser considerado como maligno hasta que se demuestre lo contrario y que, una vez diagnosticado como tal, debe ser manejado quirúrgicamente.

Las excepciones quedarían constituidas por los linfomas de tipo sistémico, las leucemias, los tumores de Ewing de los huesos y aquellos que, siendo de otra estirpe, estén en fase de generalización.

El concepto de operabilidad es, sin embargo, más elástico en el niño que en el adulto, esto es, es factible y aconsejable la extirpación del máximo de tejido tumoral posible, aun dejando grueso residual no reseable, con miras a que éste sea tratado ulteriormente con radio o quimioterapia. Situación semejante apenas si se presenta en el sujeto adulto femenino en casos de tumor maligno del ovario.

Habrán ocasiones en las que, inclusive, frente a metástasis distantes estará indicado hacer muy amplias resecciones paliativas lo que, a su vez, sólo por excepción ocurrirá en el adulto. Debe, sin embargo, ejercitarse un claro juicio y ni dejar grueso residual cuando una disección paciente y meticulosa pueda —y deba— escindir todo el tejido tumoral sin lesión a órgano vital, ni someter a grandes riesgos quirúrgicos sin nada tangible por obtener en el sentido de paliación, practicando grandes extirpaciones tisulares en casos a todas luces incurables y mortales a corto plazo.

Desde el punto de vista de la técnica operatoria deben llenarse los mismos desiderata que en la cirugía oncológica del adulto, a saber: 1<sup>o</sup> Escisiones con margen tridimensional y en bloque, resecano órgano o estructura anatómica que contenga la neoplasia y, cuando esté indicado, el área linfático-portadora de primer relevo. 2<sup>o</sup> Disección cortante y no roma. 3<sup>o</sup> Aborde temprano de los pedículos vasculares o del hilio si se trata de víscera, tratando primero la o las venas

---

\* Leído en la sesión del 18 de octubre de 1961.

y después la arteria, y 4º Manejo atraumático de los tejidos en un esfuerzo para evitar la diseminación tumoral mecánica.

En el territorio de cabeza y cuello, excluyendo los tumores del neuroeje y los retinoblastomas, manejados éstos respectivamente por los servicios de neurocirugía y de oftalmología, han sido:

1º En piel cabelluda, un carcinoma espinocelular originado en cicatriz por quemadura, que se manejó mediante amplia escisión, llevada en profundidad hasta hueso e injerto dermoepidérmico.

2º En tres casos de tumor maligno de parótida, todos con metástasis ganglionares que en dos se habían ulcerado, se hizo parotidectomía y disección radical de cuello en bloque. En uno de ellos hubo una recurrencia en el campo operatorio dentro del primer mes.

3º Dos casos de carcinoma de tiroides con metástasis unilaterales fueron tratados mediante tiroidectomía y disección radical de cuello. Otro de la misma estirpe, pero con metástasis bilaterales fue tratado por tiroidectomía y disección de cuello del lado en que las metástasis ganglionares eran más voluminosas, seguida en tres semanas de disección del cuello restante. Se presentó una rara complicación: fístula laríngea y más tarde una recurrencia en la pared posterior de la faringe, sitio frecuente de extensión prevertebral en el carcinoma de tiroides en fase avanzada.

4º Un tumor de labio inferior, rabdomiosarcoma que ocupaba la casi totalidad del labio en el sentido transversal y todo en altura, con voluminosas metástasis ganglionares submentales y submaxilares bilaterales fue tratado mediante resección de todo el labio, hasta mentón y disección supraomohioidea bilateral y queiloplastia de Bernard. Ese tumor se comportó con un grado de agresividad clínica poco común al grado de simular una recurrencia ganglionar, una linfadenitis infecciosa. La muerte se produjo dentro de las tres primeras semanas, con metástasis al resto del cuello y hematógenas a pulmón, a pesar de radio y quimioterapia intensivos.

5º Un adenocarcinoma de glándula lacrimal con ataque a pared orbitaria y a tejidos blandos retrobulbares que originalmente se había diagnosticado como meningioma, se manejó mediante exenteración de órbita y resección de parte del piso de fosa cerebral anterior. Vive sin evidencia de actividad, tras de ocho años de intervenida.

6º Un caso de enfermedad de Hodgkin cervical recurrente, pero que siempre se mantuvo localizado a cuello tras de la administración de terapia profunda, en el que se hizo disección radical de cuello. Lleva tres años libre de actividad clínica, y

7º Recientemente un caso de hemangiopericitoma muy voluminoso que destruía la mitad izquierda del maxilar inferior en una niña de nueve meses fue

tratado mediante hemi-resección del maxilar inferior y colocación de clavo de Steinman.

Por lo que a tumores abdominales se refiere, en el Hospital Infantil se les considera como casos de urgencia. Su ingreso es inmediato, el estudio preoperatorio consta de fotografía, biometría hemática, química sanguínea, examen de orina, radiografía de abdomen, campos pulmonares, habitualmente pielografía excretora y, si indicado, de cráneo y de huesos largos.

Se coloca en la cabecera de la cama un letrero de *no explorar abdomen*, cosa importante para evitar la diseminación tumoral por exploraciones bruscas o repetidas.

La laparatomía exploradora se puede efectuar habitualmente durante las primeras 48 horas, bien para llevar a cabo la extirpación completa del tumor, bien para la obtención de biopsia si éste resulta inoperable.

En cuanto a la frecuencia relativa de los tumores malignos del abdomen con relación a otras neoplasias, y usando los datos enunciados al principio de esta exposición, de los 246 casos de tumor maligno, 96 involucraron la cavidad abdominal constituyendo el 27.9%. De estos 96 casos, 72 fueron tumores primitivos (75%) y 24 (25%) metastásicos.

La distribución de los 72 casos de tumor primario abdominal fue la siguiente: embrioma de Wilms, 25 casos (74.5%); linfosarcoma, 13 casos (18%); neuroblastoma, 9 casos (12.5%); carcinomas, 5 casos (6.9%); teratocarcinoma del ovario, 4 casos (5.8%); disgerminoma, 4 casos (5.8%); Hodgkin abdominal, 3 casos (4.1%), y un grupo misceláneo de 9 casos (12.5%).

El porcentaje de neoplasias malignas abdominales fue de 0.78% en relación al total de ingresos.

El tumor de Wilms o nefroblastoma, es el tumor abdominal maligno más frecuente en el niño. Clínicamente se manifiesta por una tumoración indolora, de tamaño variable situada en el flanco y que ocupa la fosa lumbar correspondiente. Puede haber hematuria e hipertensión arterial. Casi nunca hay signos de insuficiencia renal. Se disemina por extensión directa, por vía hemática o linfática, yendo sus metástasis hematógenas primero a pulmón y luego al hígado. Aunque no patognomónica, la pielografía excretora mostrando deformación pielocalicial o exclusión del riñón, presta considerable ayuda. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la hidronefrosis, el riñón poliquístico y el neuroblastoma.

El tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación del tumor y de los ganglios del hilio renal, siempre por vía transperitoneal que es la única que permite la exploración de la cavidad para investigar metástasis, el abordaje temprano del pedículo vascular para ligar la vena en primer término, lo que cierra la vía mayor de diseminación hematógena y permite el manejo de la víscera una vez que dicha vía ha sido obliterada. Debe emplearse siempre radiación postoperatoria inmediata.

De 1944 a 1961 se han visto 114 enfermos, siendo el más joven un sujeto de

dos semanas de edad y el mayor de 9 años. La revisión hecha recientemente en el hospital por el Dr. Silva Sosa, da un 32% de curación.

Sigue en frecuencia el linfosarcoma de intestino o de ganglios del mesenterio. Se localiza más frecuentemente en el intestino delgado y luego en el colon. La aparición de una tumoración abdominal única o múltiple acompañada de ataque al estado general con cuadros de suboclusión y aún oclusión intestinal o hematemesis orientan el diagnóstico. El enema baritado es de utilidad en la localización cólica.

El tratamiento quirúrgico consiste en la resección del segmento intestinal, con margen e inclusión de la porción correspondiente del mesenterio. De 34 linfosarcomas de intestino operados, sobrevive uno de 8 años y otro de 11 meses postoperatorios, sin evidencia de actividad tumoral.

El neuroblastoma de la médula de la cápsula suprarrenal se manifiesta también por tumoración abdominal que ocupa flanco y fosa lumbar. Su superficie es finamente modulada, la palpación es dolorosa y sangra con facilidad. Las metástasis más frecuentes se hallan en hígado, cráneo, órbitas y huesos largos. La pielografía excretora muestra a veces aplastamiento de la pelvícula y rechazamiento del riñón hacia abajo.

El neuroblastoma puede también originarse a lo largo de la cadena simpática, en el espacio retroperitoneal. La extirpación quirúrgica se hace también por vía transperitoneal y, como en el Wilms es indispensable la radioterapia postoperatoria.

De 35 casos observados en el Hospital solamente 25 se han operado y tan solo uno sobrevive cuatro años después de la intervención. Hay dos casos perdidos a la observación en los que hay probabilidad razonable de sobrevida.

El único tumor maligno que hemos observado en el hígado es el carcinoma primario. Clínicamente se encuentra una masa abdominal que hace cuerpo con el hígado, pero que rara vez determina ictericia o síntomas de insuficiencia hepática. Si la neoplasia está localizada a uno solo de los lóbulos, debe hacerse lobectomía. En una serie de 18 casos, en sólo 3 se pudo hacer la resección, y de ellos sólo 1 sobrevive seis meses después de la intervención.

Disgerminoma y teratocarcinoma han sido los tumores ováricos malignos observados. Ambos se manifiestan por tumoración hipogástrica, y la radiografía simple de abdomen puede mostrar calcificaciones o formación de hueso en el teratocarcinoma.

El tratamiento quirúrgico no presenta dificultad y la extirpación del ovario lleva a la curación si no hay aún metástasis.

De 4 disgerminomas operados 2 sobreviven 9 y 6 años respectivamente. De los cuatro teratocarcinomas 2 fueron inoperables por invasión abdominal generalizada y/o metástasis hepáticas. Solamente sobrevive un caso, 8 años después de la resección.

El sarcoma botrioides de la vagina (rabdimiosarcoma embrionario) es un tumor mesenquimatoso de gran malignidad que se manifiesta al principio por hemorragia y salida por vagina de pequeñas tumoraciones papilares que se- mejan uvas, de donde su nombre. Más tarde aparece tumoración hipogástrica que comprime hacia atrás al recto, determinando constipación primero y sub-oclusión después.

Debe tratarse mediante hysterocolpectomía, y si está invadida la vejiga debe resecarse ésta, abocando ureteros a colon.

Seis casos de este tumor han sido vistos en el Hospital. Se operaron 4 de los que sobrevive solamente 1, y con evidencia de metástasis abdominales.

El liposarcoma retroperitoneal, caracterizado por tumoración retroperitoneal fija, sin relación con el riñón, y que no sigue los movimientos respiratorios, es un tumor raro que tiende a crecer por invasión directa y sólo en fase tardía da metástasis hematógenas. El diagnóstico diferencial con el tumor de Wilms se hace principalmente por la urografía excretora. El abordaje transperitoneal es en general fácil. Cuatro casos han sido operados de los cuales dos fallecieron y dos viven sin evidencia de actividad tumoral después de dos años.

Otro tipo de tumor maligno interesante y raro es el teratoma sacrocoxígeo maligno. Hemos visto dos de estos casos en una serie de 23 teratomas de esta localización.

Desde el nacimiento se observa una masa que deforma la región sacrocoxígea y desplaza el ano. La piel suprayacente aparece intacta y la tumoración presenta porciones quísticas y zonas duras. El tacto rectal permite palparle por dentro y verificar el rechazamiento del recto hacia adelante. La escisión quirúrgica que debe incluir la resección del coxis es de fácil ejecución. Habitualmente no hay complicaciones si se tiene la precaución de intubar el recto para evitar que sea lesionado durante el acto quirúrgico. De los dos casos observados un enfermo falleció y el otro vive un año después de la intervención.