



El tumor recibe su nombre del cirujano alemán Max Wilms, que ejerció a principios del siglo pasado. Por aquel entonces, la intervención quirúrgica era la única posibilidad, si bien la operación sólo conseguía sanar a unos pocos niños. Pronto se descubrió que se trataba de un tumor sensible a las radiaciones y poco más tarde que también era muy susceptible a los fármacos citostáticos.

La combinación de estas formas de tratamiento ha desembocado en una tasa de supervivencia muy superior. De poder curar mediante cirugía, en el mejor de los casos, a 1 de cada 10 niños, hoy en día la esperanza de recuperación se sitúa en 9 de cada 10 niños.

SÍNTOMAS

El tumor de Wilms raras veces presenta síntomas especialmente manifiestos. Con gran frecuencia son los propios padres los que advierten que su hijo tiene un bulto o inflamación indolora en un costado, lo que les lleva a solicitar asistencia médica. A falta de otros síntomas, estos tumores, en consecuencia, suelen ser de gran tamaño en el momento de la detección. A veces, el dolor de estómago, con o sin tendencia al estreñimiento, puede originar el descubrimiento del tumor. En otras ocasiones, más raras, es la presencia de sangre en la orina la que da pie al diagnóstico.

El tumor de Wilms o nefroblastoma es un tumor renal maligno que prácticamente sólo se manifiesta en los primeros años de la infancia. Afecta aproximadamente a 1 de cada 10.000 niños, lo que supone anualmente en Suecia unos 10-15 nuevos casos. A la gran mayoría de los menores se le diagnostica entre 1 y 5 años de edad, con una frecuencia similar en varones y hembras. A veces se detecta en bebés y en niños de edad escolar, y más raramente también entre adultos.

DIAGNÓSTICO

La forma más sencilla de plasmar un tumor de Wilms es mediante una ecografía del estómago. A veces puede resultar aconsejable un estudio más detallado, recurriéndose entonces a un TAC, o tomografía axial computerizada. Es importante examinar ambos riñones, ya que el tumor puede aparecer a ambos lados. Aproximadamente 1 de cada 5 niños con tumor de Wilms presenta en el momento del diagnóstico una difusión apreciable en los pulmones, lo que se denomina metástasis, por lo cual es fundamental radiografiar éstos también. Puede extenderse, aunque es muy poco habitual, a otros órganos, como el hígado o el esqueleto. La punción tumoral acompañada de un análisis microscópico de tejidos no suele ser recomendable en primera instancia.

TRATAMIENTO

Sólo en casos excepcionales el tratamiento de un niño con tumor de Wilms se inicia interviniendo quirúrgicamente. Casi siempre, el tumor se trata con citostáticos durante 4-6 semanas para reducir el tamaño de éste y simplificar y disminuir el riesgo de la operación. La intervención quirúrgica consiste en la extracción del riñón afectado junto con el tumor. Si ambos riñones están dañados debe recurrirse una solución alternativa. Los ganglios linfáticos asociados al

riñón también han de extirparse para su análisis. Seguidamente, el tumor es examinado con el microscopio para determinar en qué estadio se halla y el grupo de riesgo histológico. En función de esto se decidirá cómo continuar con el tratamiento para optimizar las posibilidades de curación al tiempo que se reducen al mínimo los efectos secundarios crónicos. El posoperatorio puede incluir desde ninguna terapia adicional a una terapia con citostáticos durante 34 semanas. Actualmente sólo una minoría de niños precisan de radioterapia, si bien en ocasiones es necesaria para que éste pueda sobrevivir. En ese caso, se aplica una radioterapia local en la zona de la que se ha extirpado el riñón canceroso.

SEGUIMIENTO

Una vez completado el tratamiento se inicia un seguimiento, que se extenderá durante años. En un primer momento los controles se centran en la detección de posibles reapariciones del tumor, mientras que más tarde el énfasis se pone en los posibles efectos secundarios tardíos del tratamiento recibido.

Los controles, cada vez más distanciados en el tiempo, suelen incluir reconocimientos médicos, ecografías de la zona del estómago, radiografías pulmonares y comprobaciones del funciona-

miento renal. La mayoría de los niños con tumor de Wilms suelen ser sometidos a un tratamiento relativamente suave, por lo que el riesgo de efectos secundarios posteriores es muy reducido. A veces, el tratamiento administrado puede llevar también al control de la función cardíaca.

PRONÓSTICO

A día de hoy, 9 de cada 10 niños con tumor de Wilms se recuperan tras el tratamiento. Si el tumor se extiende a los pulmones, se precisará de un tratamiento más agresivo, si bien el pronóstico no se verá afectado de forma considerable. Lo que sí determina en mayor medida el pronóstico es el tipo histológico del tumor. Entre los menores con tumor de Wilms de una histología de alto riesgo, sólo 2 de 3 se recuperan, pese a un tratamiento mucho más intensivo.

A excepción de unos pocos, los niños que han superado un tumor de Wilms pueden volver a vivir una vida normal. Tener sólo un riñón no afecta, por lo general, a la vida cotidiana. Hay personas que nacen con un solo riñón y no son conscientes de ello.

Documento examinado por Niklas Pal, médico jefe de la Unidad de Oncología Infantil del Hospital Infantil Astrid Lindgren.