VOX PAEDIATRICA, 11,2 (34-36), 2003

ATENCIÓN PRIMARIA

Detección y seguimiento de los tumores infantiles en atención primaria

E. Ortiz Gordillo
Centro de Salud de Montequinto, Sevilla

El cáncer infantil, a pesar de los avances conseguidos en los últimos años, continúa siendo la segunda causa de mortalidad en los niños en los países desarrollados, tan solo superada por los accidentes[1]. La supervivencia de niños afectados por tumores ha aumentado en las ultimas décadas[2], llegando a tasas de supervivencia global próximas al 60-65 %[2,3]. A ello han contribuido, no sólo los nuevos tratamientos, sino también la detección precoz de los tumores.

A pesar de ello, un número importante de niños afectos de tumores son diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad; de ahí la importancia de una detección lo más precoz posible de aquellos niños que son derivados desde las consultas de atención primaria por signos compatibles con procesos neoplásicos o con síntomas inespecíficos en ocasiones.

El retraso con que algunos niños acuden a la consulta de oncología podría explicarse, no sólo por la escasa formación en esta disciplina que reciben los futuros médicos, sino también porque el cáncer infantil "no es fácil de diagnosticar"[2], debido a su baja incidencia y sus diferentes formas de presentación, en ocasiones casi silentes.

El motivo de este estudio es poner de manifiesto, que, aunque los tumores infantiles son poco frecuentes, no son excepcionales y la importancia que tiene su diagnóstico precoz, puesto que el pronóstico va a estar directamente relacionado con la fase evolutiva en que se diagnostiquen, siendo la supervivencia y la tasa de curaciones mayores en los niños con tumores detectados precozmente.

Por otra parte, consideramos de gran importancia una buena coordinación entre los pediatras de atención primaria y los hospitalarios, para que exista una adecuada accesibilidad de estos pacientes a los servicios hospitalarios, así como un buen seguimiento de estos niños por los pediatras de atención primaria, tanto durante la etapa de hospitalización del paciente, como en el momento en que son dados de alta del hospital y regresan a sus hogares. Igualmente, es de gran trascendencia el seguimiento extrahospitalario de los tratamientos recibidos y de las posibles complicaciones de los mismos, a corto y largo plazo, de los efectos secundarios y de otros controles específicos que deben recibir estos pacientes. Es bien conocido que la propia quimioterapia produce muchos efectos secundarios y toxicidad[1,3,4] como mielosupresión, náuseas, vómitos, alopecia, mucositis, alteraciones de la función hepática y otros. También hay que tener en cuenta, que los niños que han sido sometidos a radioterapia van a presentar toxicidad, tanto aguda como tardía, meses o años después de haber recibido tratamiento[5,6], y que sus efectos pueden afectar prácticamente a todos los sistemas orgánicos[1], así como la aparición de segundos tumores en niños ya curados[6].

Por todo ello, consideramos de una enorme importancia la implicación de los pediatras de atención primaria en la detección y seguimiento de estos pacientes.

OBJETIVOS

1. Dar a conocer cómo se detectan los tumores desde un centro de salud.
2. Analizar la relación/coordinación entre la atención primaria hospitalaria en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian el total de pacientes pediátricos con tumores sólidos, detectados en una consulta de pediatría de un centro de salud, que corresponde a

un cupo de 1.200 niños diferentes por año (aproximadamente), durante 16 años, con una media de 30 consultas diarias, lo que representa unas 122.400 visitas pediátricas de una consulta de demanda.

Se analizan los siguientes datos:

1. Número de niños con tumores.
2. Diagnóstico.
3. Síntomas de presentación.
4. Tiempo transcurrido entre la consulta y el diagnóstico.
5. Información escrita recibida del hospital y conocimiento del diagnóstico.
6. Evolución de los pacientes.

RESULTADOS

Tumores sólidos durante 16 años

Tumor de Wilms	1
Linfoma no hodgkiniano	1
Histiocitosis X/ de células de Langerhans	2
Quiste óseo	1
Meduloblastoma	1
Osteocondroma	1
Tumor cerebral sin filiar	1
Total	8

Formas de presentación

Dolor abdominal	1
Tumoración ósea craneal	1
Tumoración ósea craneal con signos inflamatorios locales	1
Adenopatía cervical en exploración por otro motivo de consulta	1
Hipertensión intracraneal	1
Hallazgo radiológico	3

Motivo de consulta

1. El propio tumor o la sintomatología asociada al mismo en cuatro casos (50 %):
   Dolor abdominal.. . . . . Tumor de Wilms
   Mareos e HIC. . . . . Meduloblastoma
   Masa inflamatoria en zona temporal . . . . . Histiocitosis X
   Masa craneal . . . . . Histiocitosis X
2. Como un hallazgo casual (al estudiarse por otra patología) en cuatro casos (50%):
   - Un paciente acudió por un catarro y se detectó una gran adenopatía cervical (linfoma).
   - A otro paciente se le detectó un tumor cerebral asintomático al realizarse TAC craneal para control de un colesteatoma.
   - A dos pacientes se les detectó por radiografías realizadas por procesos ortopédicos/traumatológicos (quiste óseo y osteocondroma).

Tiempo transcurrido desde la aparición de síntomas a detección

- Cuatro fueron hallazgos previos a la aparición de la clínica (50)%).
- Dos pacientes se remitieron en los primeros días de inicio de síntomas a urgencias hospitalarias para estudio (Histiocitosis X y meduloblastoma), pero fueron dados de alta con otros diagnósticos y reingresaron por vías alternativas.
- Un caso (otra Histiocitosis X) se remitió el primer día directamente a consulta de Oncología.
- Un caso de tumor de Wilms se remitió el primer día a un servicio de urgencias de un hospital por dolor abdominal (fue dado de alta con otro diagnóstico y recurrió a consulta privada).

Informes recibidos del hospital y conocimiento del diagnóstico

Sólo se han recibido dos informes por escrito de los ocho casos (25%): linfoma y tumor cerebral asintomático.

El informe verbal de los padres fue el medio de información más frecuente: dos casos de histiocitosis de células de Langerhans, uno de ellos después de varios años de evolución y los dos tumores óseos.

Por otros medios de información: un caso de meduloblastoma y un Tumor de Wilms.

Evolución

Favorable	7
Exitus (T de Wilms)	1
Total	= 8

Discusión

A pesar de la rareza de los tumores infantiles, podemos observar que un pediatra de atención primaria que atienda a un cupo amplio de pacientes, puede encontrarse con relativa frecuencia un caso de tumor infantil (en nuestra experiencia un caso por cada dos años de ejercicio profesional aproximadamente). Esto debe hacernos reflexionar y alentarnos a no bajar la guardia en ningún momento, dado que entre los numerosos niños que acuden a las consultas de atención primaria por patología banal, puede pasar desapercibido algún paciente con proceso neoplásico silente. Por ello, es de vital importancia una buena historia clínica y exploración física adecuada, que conti-

núan siendo el mejor método de detección precoz. Al mismo tiempo, consideramos fundamental el contar con el tiempo adecuado en consulta y el acceso a los exámenes complementarios pertinentes para aproximarnos al diagnóstico, y así evitar remitir al hospital a aquellos niños que no lo precisen (falsos positivos que sobrecargarían las consultas de oncología).

Del mismo modo, consideramos fundamental la creación de vías de comunicación entre centros de salud y hospitales[2, 7] para una mejor derivación de los pacientes que lo necesiten, y, al mismo tiempo, para un buen seguimiento de estos pequeños a corto y a largo plazo, tanto durante su hospitalización como al alta hospitalaria. Y, lo que es igual de importante, que una vez curados exista un profesional de referencia que vigile la aparición de posibles complicaciones a largo plazo (como trastornos del crecimiento, alteraciones endocrinas y segundos tumores). También insistimos en la importancia de que, una vez diagnosticados estos pacientes en el hospital, se mantenga informado al pediatra de cabecera, que sin duda estará dispuesto y encantado de garantizar la continuidad de la atención extrahospitalaria de sus pacientes.

Por ello, un grupo de pediatras de atención primaria estamos trabajando en coordinación con la Unidad de Oncología de nuestro hospital de referencia (H.U. Virgen de Rocío de Sevilla), para reforzar dichos vínculos, lo que a la larga redundará en una mejor asistencia a la población infantil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez de Toledo Codina J. Efectos tardíos del cáncer y su tratamiento en la infancia. *Pediatr Integral* 1998; 3(3):325-333.
2. Álvarez Silván AM. Importancia de la interrelación entre la Pediatría Hospitalaria y la Atención Primaria en Oncología Pediátrica. Actualización en Oncología Pediátrica. XII Jornadas Internacionales de Cáncer en el niño. Ed Universidad de Sevilla y RICOMS. 2002:11-15.
3. Madero L. Tumores sólidos en el niño. *Pediatr Integral* 1998;3(3):313-324.
4. Márquez Vega C. Toxicidad por quimioterapia. Actualización en Oncología Pediátrica. XII Jornadas Internacionales de Cáncer en el niño. Ed Universidad de Sevilla y RICOMS. 2002:51-70
5. Indiano JM. Efectos secundarios tardíos en el paciente oncológico pediátrico. En: Hematología y Oncología Pediátricas. Madero L, Muñoz A. Ediciones Ergón 1997:645-648.
6. Ortiz Gordillo MJ. Toxicidad aguda y tardía por radioterapia en la infancia. Actualización en Oncología Pediátrica. XII Jornadas Internacionales de Cáncer en el niño. Ed Universidad de Sevilla y RICOMS. 2002:71-76.
7. Yaque Navarrete M. Inicio de colaboración entre la Unidad de Oncología Infantil y Asistencia Primaria. Delimitación de problemas y búsqueda de soluciones. Coordinación entre Unidad de Oncología y Asistencia Primaria. Actualización en Oncología Pediátrica. XII Jornadas Internacionales de Cáncer en el niño. Ed Universidad de Sevilla y RICOMS. 2002:183-189.