

Resumen de Ponencias

Panel de Oncología

Detección temprana de cáncer en niños y adolescentes a través de casos clínicos

Signos y síntomas de los tumores cerebrales en Pediatría.

Resúmenes de las ponencias y comunicaciones de la CVII Reunión científica de la SPAOYEX celebrada en Cáceres 8 y 9 de marzo de 2019.

Eduardo Quiroga Cantero, Mercedes Llempen Lopez, Palma Solano Paez, Ignacio Gutierrez Carrasco, Ana Chaves del Barco, Gema Ramirez Villar y Catalina Márquez Vega. Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla.

Recibido: 28/02/2019 Aceptado: 04/03/2019

Quiroga Cantero E, Llempen Lopez M, Solano Paez P, Gutierrez Carrasco I, Chaves del Barco A, Ramirez Villar G, Márquez Vega C. Signos y síntomas de los tumores cerebrales en Pediatría. Vox Paediatr 2019; 26:59-63

Resumen: Los tumores cerebrales en la infancia representan los tumores sólidos más frecuentes en Oncología Pediátrica. Sin embargo su incidencia es muy baja en la población infantil, convirtiéndolos en una enfermedad rara.

Debemos sospecharlos en aquellos niños cuya sintomatología refleje hipertensión intracraneal, añadiendo a los clásicos conocidos como cefaleas y vómitos, alteraciones del comportamiento previos, referidos por los padres, que nos pueden hacer sospechar esta patología rara pero con alta morbimortalidad.

A través de diferentes casos clínicos llegaremos al diagnóstico de tumores cerebrales de diferente naturaleza.

Palabras clave: Tumor cerebral, niños, alteraciones del comportamiento.

Abstract Brain tumors in childhood represent the most frequent solid tumors in Pediatric Oncology. However, its incidence is very low in the child population, making them a rare disease.

We should suspect them in those children whose symptoms reflect intracranial hypertension, adding to the classics known as headaches and vomiting, previous behavioral alterations, referred by the parents, which may make us suspect this rare pathology but with high morbidity and mortality.

Through different clinical cases we will arrive at the diagnosis of brain tumors of different nature.

Key words: Brain tumor, children, behavioral alterations.

Introducción

Los tumores cerebrales representan los tumores más frecuentes en Oncología Pediátrica y el cáncer infantil más frecuente tras las leucemias, según datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles¹. Son además los que más morbimortalidad poseen y aquellos que producen más secuelas a largo plazo.

El diagnóstico de un tumor cerebral en la infancia requiere en la mayoría de las ocasiones un alto índice de sospecha, pues representan una patología rara dentro de la Pediatría.

En la mayoría de las ocasiones los síntomas se van desarrollando paulatinamente y pueden ser muy similares a los que ocurren en patologías más banales (cefaleas, vómitos, irritabilidad, etc...)

El Pediatra de Atención Primaria es la figura clave en su diagnóstico pues es el profesional sanitario que mejor conoce al niño y que más oportunidades tiene de verlo y explorarlo, y por tanto de detectar de la forma más precoz posible esta patología.

A través de casos reales y escuchando la voz de sus padres llegaremos al diagnóstico de diferentes tumores cerebrales que han sido tratados en nuestra Unidad.

Casos clínicos

Caso 1

Fernando es un niño de 18 meses que desde hace dos meses refiere estos problemas a través de su madre:

“Está más torpe..”, “Se cae con frecuencia, aunque como está empezando a andar..”,

“Por las noches se mueve mucho...”, “Está como triste..”, “Solo quiere estar en brazos”.

En este caso las palabras de la madre traducen que su hijo tiene inestabilidad, ataxia, por lo que se cae frecuentemente, y se siente inseguro y por tanto no quiere caminar. La tristeza y la inquietud en las noches pueden ser signos de hipertensión intracraneal, y por tanto de dolor de cabeza que él por su edad no sabe bien expresar.

Al realizarle la Resonancia Magnética visualizamos una masa en fosa posterior (Fig.1) que tras la cirugía correspondía a un *Tumor Embrionario*. Tras la cirugía ha sido tratado con quimioterapia a altas dosis y actualmente está asintomático y en remisión completa.

Caso 2

Alejandro es un niño de 11 años en la que su madre cuenta estos problemas que se iniciaron hace 15 días.

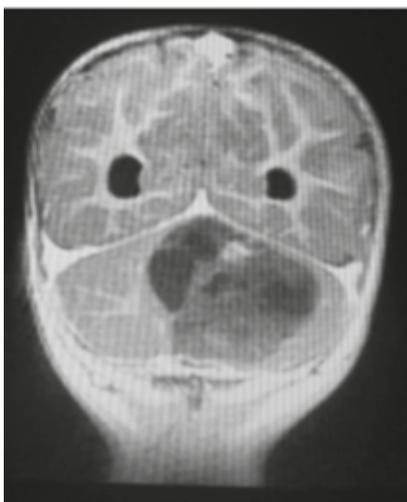


Figura 1.

RM craneal. Corte coronal con contraste. Gran masa de fosa posterior heterogénea, con captación irregular de contraste que se extiende a hemisferio cerebeloso izquierdo. (Tumor Embrionario)

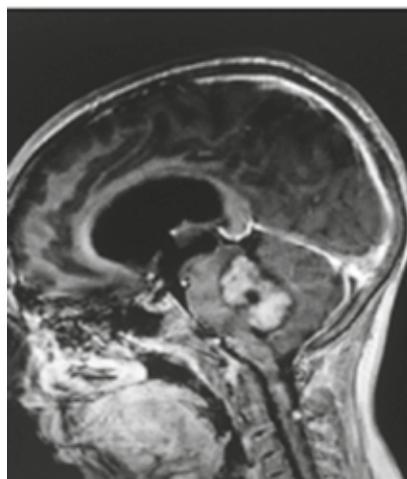


Figura 2.

RM craneal. Corte sagital. Tumor de fosa posterior con compresión de tronco que capta de forma irregular el contraste. Nódulo metastásico a nivel cervical. (Meduloblastoma)



Figura 3.

RM craneal. Corte sagital. Se observa una enorme tumoración hipotalámica-quiasmática que capta contraste de forma intensa. Diseminación espinal. (Astrocitoma Pilocítico)

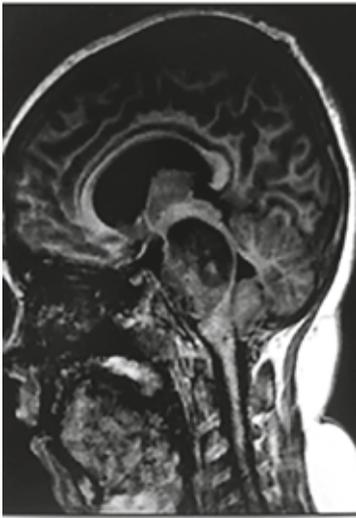


Figura 4.

RM craneal. Corte sagital sin contraste. Tumor localizado en la protuberancia. (Tumor Difuso de Protuberancia)

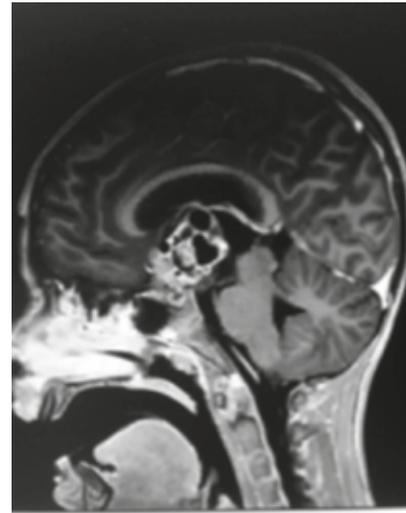


Figura 5.

RM craneal. Corte sagital. Tumor hipotalámico-hipofisario con captación heterogénea del contraste.

“Lo que me llamaba la atención Doctor era el cansancio que tenía...”, “ Llegaba del colegio y solo quería estar tumbado..”, “ Alguna vez se quejó de dolor de cabeza..”, “ Cuando me dijo que no veía bien fue cuando me asusté y lo llevé de urgencias al oftalmólogo...”

En este caso, llama la atención las palabras de la madre que hacen referencia al cansancio, o astenia, que es uno de los síntomas más comunes en el cáncer tanto en la infancia como en el adulto.

Por otra parte la cefalea, y las alteraciones de la visión, síntomas producidos por la hipertensión intracraneal. El edema de papila que produce visión borrosa en los niños que la padecen. Algunos de los casos que nos llegan a la Unidad son diagnosticados por oftalmólogos que detectan el edema de papila, a pesar de que han sido valorados previamente.

Al realizarle la Resonancia Magnética podemos ver (Fig. 2) un tumor en la fosa posterior correspondiente a un meduloblastoma. Ha sido tratado con cirugía del tumor primario, radioterapia craneoespinal y quimioterapia en el momento actual.

Caso 3

Alberto es un niño de 6 meses al diagnóstico. Su madre refería estos problemas desde hacía 2 meses.

“No puso peso en el último mes..”, “Echaba toda la leche..”, “ Lo estaban estudiando de reflujo o de celiaquía..” “Aquella tarde cuando empezó a hacer movimientos extraños con los ojos fuimos a Urgencias.”

En este caso predominaban los problemas digestivos: estancamiento en la curva ponderal, vómitos/reflujo. En la Resonancia Magnética (Fig.3) se puede observar un gran tumor hipotalámico que ocasiona un Síndrome de Russell-Rubinstein en el que los pacientes padecen vómitos, pérdida de peso e irritabilidad. La mayoría de los lactantes que padecen este síndrome son estudiados por Digestivo buscando celiaquía, reflujo, intolerancias, hasta que aparecen anomalías neurológicas, principalmente visuales, y se realiza un estudio de neuroimagen.

Habitualmente son gliomas de bajo grado donde la irresecabilidad y la falta de respuesta a la quimioterapia confieren un pronóstico ominoso como ocurrió en este caso.

Caso 4

Juan Manuel es un niño de 8 años en la que su madre nos relata estos problemas que comenzaron hace un mes:

“ Todo empezó como hace un mes o menos..”, “ Empezó a pegarme, que antes no lo hacía”, “ Se tiraba al suelo como si estuviera loco..”, “Por último le noté que empezaba a meter un ojo..”

En este caso el principal problema que se traduce del relato de la madre es el cambio de carácter. Estas alteraciones del comportamiento son propias no solo de aquellos tumores que producen hipertensión intracraneal sino de los tumores que se localizan en la protuberancia o puente y que se denominan tumores difusos de la protuberancia (Fig. 4).

En la fase de alteraciones del carácter es difícil pensar en el diagnóstico, el cual se suele realizar cuando empiezan las alteraciones de los pares craneales, principalmente el VI y VII par.

Los tumores difusos de protuberancia no tienen curación en la actualidad y son tratados con radioterapia focal, siendo la supervivencia de un año aproximadamente. Actualmente gracias a la realización de biopsias esterotáxicas se están llevando a cabo numerosos ensayos clínicos dirigidos a las alteraciones moleculares que se producen en este tumor.

Caso 5

David es un niño de 7 años que padece estos problemas desde hacía 6 meses referidos por su madre:

“Desde hacía un mes que no estaba bien..”, “ Se acercaba más las cosas para leer, pero fuimos a un oftalmólogo que nos dijo que estaba bien...”, “ Estaba ansioso siempre por beber...”, “ Comenzó de nuevo a hacerse pipí por la noche..”

En esta ocasión los problemas principales son por una parte los problemas de visión con una disminución de la agudeza visual y por otra parte la avidez por el agua y la enuresis nocturna, que refleja una diabetes insípida de origen central. Si unimos estas dos alteraciones, nos en-

contramos con tumores localizados en la zona hipotálamo-hipofisaria con afectación del quiasma óptico (Fig. 5).

En algunas ocasiones la diabetes insípida puede adelantarse incluso años a la aparición del tumor, como ocurre en los germinomas hipofisarios.

En este caso se trataba de un tumor germinal secretante, con elevación de la alfafetoproteína, y fue tratado con quimioterapia, cirugía y radioterapia, encontrándose en remisión completa de su enfermedad pero con secuelas visuales y endocrinas.

Comentarios

Como hemos visto en los diferentes casos clínicos comentados, existe un periodo previo o concomitante donde las alteraciones psicológicas o cambios en el comportamiento del niño pueden ayudarnos al diagnóstico. En este sentido es importante escuchar el relato de sus padres o indagar en nuestra anamnesis si existen o han existido a la hora de enfrentarnos a niños que por sus síntomas pudieran hacernos sospechar esta patología. En el trabajo realizado por Edgeworth y cols² se demuestra que estas alteraciones comportamentales, ajustadas por edad, nos ayudan en el diagnóstico.

Los síntomas o signos más frecuentes que se recogen en las historias clínicas y exploraciones han sido recogidos ampliamente en la literatura, y son los producidos bien por la hipertensión intracraneal (cefaleas, vómitos...) o por la localización del tumor (problemas oculares, endocrinos, crisis convulsivas..). En nuestra experiencia ya publicada, Coserria F y cols³ fueron los vómitos el síntoma más frecuente, a pesar que podamos pensar que la cefalea es el síntoma más frecuente.

La mayoría de los niños no son diagnosticados en fases iniciales sino cuando ya existen alteraciones neurológicas graves, a pesar de que los padres habían consultado varias veces. Este problema es debido a la rareza de esta patología y al presentarse con síntomas similares a otras

enfermedades más banales (migrañas, sinusitis, etc..).

Conclusiones

Los tumores cerebrales son infrecuentes en Pediatría por lo que debemos tener un alto índice de sospecha, sobre todo cuando otros diagnósticos más frecuentes son excluidos o su tratamiento no es eficaz.

Debemos escuchar a los padres, pues aparte de los síntomas físicos, nos pueden relatar alteraciones del comportamiento, que pueden reflejar el dolor o alteraciones neurológicas producidas por el tumor.

Bibliografía

- 1.- Pardo Romaguera E, Muñoz López A, Valero Poveda S, Porta Cebolla S, Fernández-Delgado R, Barreda Reines MS, Peris Bonet R. Cáncer infantil en España. Estadísticas 1980-2017. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SE-HOP). Valencia: Universitat de València, 2018.
- 2.- Edgeworth J, Bullock P, Bailey A, Gallagher A, Crouchman M. Why are brain tumors still being missed? Arch Dis Child. 1996; 74:148-51.
- 3.- Coserria Sánchez FJ, Garrido Ocaña AI, Quiroga Cantero E, Reina González AM, Amadeu Da Costa AP, García Zarza N. Clínica de presentación de los tumores de sistema nervioso central en función de la edad. An Pediatr (Barc) 2007; 66:115- 20.