

tienen mayor intervención en la patología del cáncer.

En las primeras etapas del cáncer los pacientes se encuentran asintomáticos, por lo que es de vital importancia realizar un diagnóstico temprano para un mejor pronóstico. De esta manera, la prevención primaria está enfocada a evitar los factores de riesgo modificables que pueden llegar a afectar a nuestro sistema inmune, por ejemplo: fumar, dieta alta en grasas, exposición prolongada a rayos UV, estrés. Si se compara la mortalidad de cáncer en la población de EUA y de México, se observará que en el primero mueren alrededor de 153 personas por cada 100,000

habitantes mientras que en el segundo 70 por cada 100,000 habitantes; donde EUA tiene una población que tiene una dieta mayor en grasas en comparación con la nuestra. Por otra parte, la prevención secundaria está encaminada a la detección temprana del cáncer, ya que se buscan células que ya se encuentran mutadas. Pero es de vital importancia, que los métodos de escrutinio con los que se cuentan actualmente estén dirigidos a los grupos de riesgo, para que reciban un tratamiento oportuno y lo más pronto posible, para un mejor pronóstico.

Leucemia linfoblástica aguda en niños

Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora—Septiembre 2018

Ponencia: Dr. Covarrubias-Espinoza Gilberto

Redactó: Tobin-De la Vara Aylín Alejandra

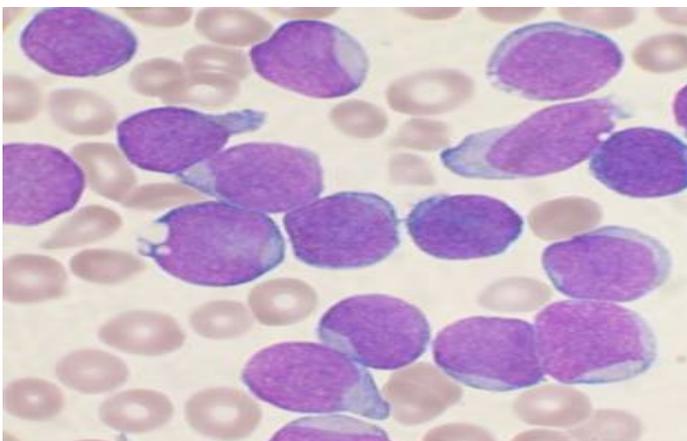


Figura 1.2 Frotis de sangre periférica donde aparecen células blásticas rodeadas de eritrocitos, tinción HE-x1000 (autor: Wikimedia por VashiDonsk).

La leucemia es la neoplasia que se caracteriza por el crecimiento incontrolado de las células inmaduras linfoides o mieloides. Es el cáncer más frecuente en la oncología pediátrica. Dentro de la experiencia del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) se han recibido 1,387 casos de cáncer, de los cuales el 40% han sido casos de leucemia, mientras que, a nivel nacional, en el 2011 se reportaron 2,571 casos de cáncer infantil, de los cuales el 47% fueron de leucemia.

Podemos dividir a la leucemia en dos grandes grupos: leucemia aguda y leucemia crónica. La leucemia aguda es la predominante en la oncología pediá-

trica. Dentro del grupo de leucemia aguda, se puede dividir en leucemia linfoblástica o mieloblástica; siendo en la mayoría de los casos 85% linfoblástica y el resto mieloblástica.

El 40% de los casos de leucemia linfoblástica aguda se presentan en niños de 2 a 5 años, después de este periodo de edad, la incidencia disminuye. En la mayoría de los casos, el diagnóstico de leucemia suele ser más sencillo después de 40 días de evolución de la enfermedad.

Fiebre, palidez y dolores articulares suelen ser los tres motivos principales de consulta en niños que aun no han sido diagnosticados con leucemia. Los hallazgos más comunes en la exploración física se encuentran adenomegalia, hepatoesplenomegalia, infiltraciones leucémicas y hemorragias en forma de equimosis o petequias. La biometría hemática revela anemia, plaquetopenia y neutropenia severa, mientras que los leucocitos pueden estar bajos o normales en el 40% de los casos y en el 60% restante hay leucocitosis. Suele haber lesiones óseas en muchos casos de leucemia, sin embargo, no tienen implicación pronóstica. Las radiografías de tórax muestran ensanchamiento mediastinal y crecimiento de ganglios. También es frecuente el crecimiento de glándulas salivales y puede haber infecciones agregadas que confundan el diagnóstico.



El diagnóstico temprano de leucemia en niños puede ser complicado ya que se puede presentar sintomatología distinta en cada caso y los signos no son patognómicos. Un paciente que presenta adenomegalia, fiebre, sudoraciones nocturnas, mal estado general, palidez, equimosis, hepatomegalia y esplenomegalia a la exploración, suele constituir un cuadro clínico típico de leucemia de fácil diagnóstico. La biometría hemática confirmaría un desequilibrio celular importante que junto con la realización de otras pruebas permiten confirmar el caso de leucemia. Sin embargo, en muchas ocasiones podemos ver pacientes en los que la sintomatología no es la común para un caso de leucemia lo que vuelve más difícil realizar un diagnóstico inicial.

Durante la consulta pediátrica, el médico suele guiarse por el signo o síntoma más predominante mencionado por los padres, pero a veces los datos clínicos no son indicativos de leucemia. Es importante no basarnos solamente en la sintomatología del paciente, si no llevar a cabo una exploración física adecuada que nos permita detectar cualquier dato fuera de lo común que nos guíe a un diagnóstico certero. Un dato importante que podemos obtener de la exploración física es la presencia de palidez, siendo esta suficiente indicación para biometría hemática. La pre-

sencia de dos series alteradas en la biometría hemática nos obliga a realizar un análisis de medula ósea. Los estudios de medula ósea requieren >25% de blastos para confirmar caso de leucemia. Estas dos pruebas son esenciales para un diagnóstico de leucemia con cuadro clínico atípico.

Una vez establecido el diagnóstico, es importante evaluar los factores de riesgo del paciente para conocer su pronóstico. Entre los factores de riesgo clínicos tenemos la edad, donde niños menores a 1 año o mayores de 10 años tienen un peor pronóstico. El número de leucocitos es el factor pronóstico más importante. Los pacientes que tienen leucocitos arriba de 50,000 y masa mediastinal asociada a la leucocitosis tienen peor pronóstico. Estos pacientes tienen un pronóstico alto a recaer y requieren un tratamiento especializado.

Los nuevos conocimientos de la enfermedad han llevado a realizar cambios en dosis y aplicaciones de tratamiento que han incrementado considerablemente la supervivencia de los pacientes. El tratamiento siempre debe de ser adecuado según el pronóstico del paciente. En Sonora, en el año 2002 se curaron casi el 70% de los pacientes pediátricos con leucemia aguda linfoblástica.

Neoplasias Intracraneales

Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora—Septiembre 2018

Ponencia: Dr. Delgado-Reyes Luis

Redactó: Campa-Navarro Ana Bolena y Zarrabal-Piña Sergio Arturo

Los tumores intracraneales se derivan de estructuras que se encuentran dentro del cráneo, ya sea tejido nervioso o no nervioso, restos embrionarios o tejido que no se encontraba ahí originalmente, es decir, metástasis. Estos últimos representan los tumores malignos más frecuentes dentro de la cavidad craneana; en los adultos, el principal cáncer primario que causa tumores intracraneales metastásicos es el carcinoma de células pequeñas de pulmón, seguidos por el de mama y tracto digestivo. Sin embargo, al hablar de tumores primarios, los más importantes son los gliomas.

Este cáncer deriva de las células de la neuroglia: astrocitos, oligodendrocitos, células ependimarias y microglía.

Epidemiológicamente, estos tumores destacan por ser el cáncer sólido más común en pediatría, y el segundo de todos los casos de cáncer infantil, solo después de la leucemia. Los más frecuentes son los astrocitomas y meduloblastomas. En cuanto a la localización de los tumores, en adultos, 80% de ellos son supratentoriales, mientras que, en los niños, la distribución se acerca al 50/50 entre supra e infratentorial.