

Trasplante hepático y Quimioterapia para hepatoblastoma y hepatocarcinoma en niños y adolescentes

Liver transplantation and Chemotherapy for Hepatoblastoma and hepatocellular cancer in childhood and adolescence
 J. Reyes, B. Carr, I. Dvorcick, S. Kocoshis, R. Jaffe, D. Gerber, G. Mazariegos, J. Bueno and R Selby.
 Children's Hospital of Pittsburgh, Pennsylvania EE.UU.
J Pediatr June 2000, 795-804.

Los tumores hepáticos irresecables en pediatría constituyen una indicación poco frecuente de trasplante hepático. Este trabajo analiza los resultados obtenidos en un estudio retrospectivo de 31 pacientes trasplantados con diagnóstico de tumor hepático irresecable (12 hepatoblastoma -19 hepatocarcinoma) que recibieron diferentes esquemas de quimioterapia pretrasplante (neoadyuvante) y posttrasplante (adyuvante). La supervivencia al año y 5 años posttrasplante para el grupo de pacientes con diagnóstico de hepatoblastoma fue de 92 % y 83 % respectivamente y para los pacientes con hepatocarcinoma fue de 79 % y 63 %. El porcentaje de recurrencia tumoral para el grupo de hepatoblastoma fue del 17 % y para el grupo de hepatocarcinoma de un 32 %. La invasión vascular, la presencia de ganglios linfáticos regionales positivos, el tamaño tumoral (>4 cm) y el diagnóstico de enfermedad hepática asociada fue predictivo de recurrencia tumoral solo en pacientes con hepatocarcinoma. Los autores concluyen que el trasplante hepático puede ser curativo dependiendo del estadio tumoral. En pacientes con diagnóstico de tironemia y colestasis familiar intrahepática que tienen alto riesgo de desarrollar tumor el trasplante hepático debe ser considerado antes del desarrollo de enfermedad hepática terminal. En ausencia de estudios prospectivos randomizados el rol exacto de la quimioterapia neoadyuvante permanece especulativo. Sin embargo los pacientes con hepatoblastoma presentan un alto índice de respuesta. En pacientes sin invasión vascular de la vena cava el trasplante hepático con donante vivo relacionado o split puede tener un rol importante en estadios tumorales tempranos.

Dr. P. Cornicelli

Quimioembolización intrahepática en tumores hepáticos malignos irresecables

Intrahepatic chemoembolization in unresectable pediatric liver malignancies
 C. M. Arcement, R. B. Towbin, M. P. Meza, D. A. Gerber, R. D. Kayber, G. V. Mazariegos, B. I. Carr, J. Reyes.
 Children's Hospital of Pittsburgh, Pennsylvania EE.UU. *Pediatric Radiol (2000) 30:779-785.*

La mortalidad de los pacientes con tumores hepáticos primarios que no son pasibles de tratamiento quirúrgico es del 100 %. En la actualidad el concepto de resección ha sido extendido hasta la hepatectomía total y trasplante. Los autores presentan una serie de 14 pacientes con tumores hepáticos irresecables que no responden a la quimioterapia sistémica que fueron tratados con 50 cursos de quimioterapia intraarterial (ciclastino y/o adriamicina)

de ellos a 8 se le realizó quimioembolización. Del grupo tratado sin embolización 6 pacientes (2 hepatoblastoma, 4 hepatocarcinoma), 3 pudieron ser trasplantados y los tres fallecieron por recurrencia tumoral. Los ocho (5 hepatoblastoma, 3 hepatocarcinoma) tratados con quimioembolización, 3 fueron trasplantados y están vivos, uno está en lista de espera y los restantes fallecieron. Los resultados iniciales del protocolo de tratamiento multidisciplinario, que consiste en la utilización secuencial de quimioembolización y trasplante hepático seguido de quimioterapia sistémica son alentadores. Los autores proponen el trasplante hepático en aquellos pacientes con respuesta positiva a la quimioembolización evidenciado por la disminución del tamaño tumoral o disminución de los niveles de alfa-fetoproteína en ausencia de metástasis tumorales.

Dr. P. Cornicelli

Reducción experimental de la formación de adherencias, inhibiendo al inhibidor del activador de plasminógeno tipo I.

Reduction of experimental adhesion formation by inhibition of plasminogen activator inhibitor type I
 K Falk, P. Björquist, M Strömquist and Holmdahl
 (Departement of Surgery, Sahlgrenska University Hospital and Göteborg University)
British Journal of Surgery 2001 ; 88 : 286-289.

Una reducción en la capacidad fibrinolítica peritoneal, durante una intervención quirúrgica es un mecanismo clave en la formación temprana de adherencias. Un incremento en el principal inhibidor de la fibrinólisis, el inhibidor del activador del plasminógeno tipo I (PAI-I), es el factor principal en la pérdida de la actividad fibrinolítica. Es por esto que los autores, tomaron 53 ratas (NMRI) y las dividieron en tres grupos, un grupo control y otros dos al cual les inyectaron intraperitonealmente distintas dosis de una solución que contenía un anticuerpo policlonal contra el PAI-I (PRAP I). Dicha solución fue administrada a 15mg/kg (GRUPO I), 30mg/kg (GRUPO II) y solución salina para el grupo control, luego de realizar una incisión mediana y de extraer una lonja de 2x15mm de cada borde de peritoneo. La proporción de lesión peritoneal cubierta de fibrina fue calculada y expresada como un porcentaje de la superficie de la lesión original. Al reexaminar las ratas una semana después, los autores comprobaron que el área cubierta de fibrina en el grupo control era de 64 %, mientras que en el grupo I y II la superficie cubierta fue de 50 % (diferencia significativa para una P=0.003). Los autores concluyen que la solución que contiene baja dosis de PRAP-I dada en el momento de la finalización de la intervención reduce la formación de adherencias pero no hubo una disminución significativa cuando la dosis fue duplicada. Una explicación probable que dan los autores a este fenómeno sería el rápido clearance de la cavidad abdominal, dado que dicha concentración satura la cavidad abdominal y el exceso de PRAP-I es absorbido por el tejido circundante.

Dr. P. Cornicelli

Riesgo de sangrado gastrointestinal durante la adolescencia y en los comienzos de la edad adulta en niños con obstrucción de la vena porta

Risk of gastrointestinal bleeding during adolescence and early adulthood in children with portal vein obstruction

Panayotis Lykavieris, F Gauthier, P Hadchouel, M Duche y O Bernard

Hôpital de Bicêtre- Le Kremlin Bicêtre- France

The Journal of Pediatrics 2000 ;136 :805-808.

La principal complicación en los pacientes que presentan hipertensión portal es el sangrado gastrointestinal (80%) y que puede ser letal en un 5% de los casos. Muchos artículos ya han descrito los beneficios del shunt quirúrgico, la esclerosis o el banding de las vrices esofágicas, pero los autores tratan de establecer el riesgo actuarial de sangrado en aquellos pacientes con obstrucción de la vena porta y que no han sido sometidos a ningún tipo de tratamiento previo. Para esto y sobre un total de 236 pacientes con hipertensión portal (1958-1995) evaluados en el servicio de hepatología pediátrica, se tomaron 44 pacientes de 12 años de edad o más en el momento del estudio y que no fueron sometidos a escleroterapia o algún tipo

de shunt quirúrgico realizado antes de la edad de 13 años y a los cuales se los siguió por un periodo medio de 8 años. De este grupo de pacientes 24 presentaron hemorragia gastrointestinal, esto implica que la posibilidad de sangrado durante la adolescencia es superior al 50%. El episodio de sangrado a la edad de 23 años fue más alto en aquellos que presentaron el primer sangrado antes de la edad de 12 años en comparación con aquellos que no habían sangrado (93%vs56%; $p=0.007$). Como así también el sangrado que se presentó a la edad de 18 y 23 años, 60% y 85% respectivamente, fue superior entre los cuales presentaban una endoscopia con vrices esofágicas Grados II y III a la edad de 12 años; 9 pacientes sin vrices esofágicas o con vrices Grado I no sangraron entre la edad de 12 y 20 años. Por lo tanto, la mayoría de los adolescentes con obstrucción de la vena porta que no han recibido ningún tipo de tratamiento efectivo, el riesgo de sangrado aumenta con la edad, el tamaño de las vrices esofágicas aumenta y no existe evidencia de su regresión. Estos resultados son útiles para la aplicación de tratamientos profilácticos en pacientes en edad adolescente y con hipertensión portal.

Dr. P. Cornicelli

CARTAS DE LECTORES

Sr. Editor

En el número del mes de febrero de 2001 de la revista de la SAP "Archivos de Pediatría", se publicó un artículo¹, donde los autores, cirujanos miembros de nuestra sociedad, hacen una revisión y puesta al día de una de las consultas más frecuentes al cirujano pediátrico: la fimosis.

Posiblemente, por ser considerada una patología supuestamente banal, no se le da importancia en los tratados de Cirugía Pediátrica. Esto lleva a gran disparidad de criterios y a tratamientos empíricos de poca utilidad, cuando no contraproducentes. Los autores, basados en una buena experiencia y una seria consulta bibliográfica, proponen una conducta a mi entender correcta y útil, sobre todo para el médico pediatra, para quien está principalmente dirigido el artículo.

La propuesta a gran rasgos es no manipular las fimosis puntiformes, normales a esta edad. No indicar postioplastias en infecciones urinarias sin patología

urológica en el 1° o 2° mes de vida. Evaluar las balanopostitis a repetición de posible tratamiento quirúrgico. La patología del prepucio debe estar resuelta en el comienzo de la pubertad. La balanitis xerótica es siempre quirúrgica. Evitar las maniobras de retracción forzada para tratar fimosis y/o adherencias que en su mayoría son fisiológicas.

Quiero felicitar a los colegas del Hospital Italiano de Bs. As. por esta publicación muy oportuna, que sin duda será de utilidad para todos.

Victor Wacholder

Serv. Cirugía Hospital J.P. Garrahan

Pichincha 1850

Buenos Aires

Bibliografía: "Dificultades y controversias en el manejo del prepucio en la infancia y adolescencia. Dres. E. Ruiz, J. Moldes, F. de Badiola y J.C. Puigdevall, Hospital Italiano de Bs. As., Archivos de Pediatría - Febrero 2001 - Vol. 99 (I): 96"