

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2015

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DEL TUMOR DE WILMS
EN PEDIATRÍA

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-304-10

Avenida Paseo de la Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Secretaría de Salud**

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2015

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y tratamiento del tumor de Wilms en pediatría**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

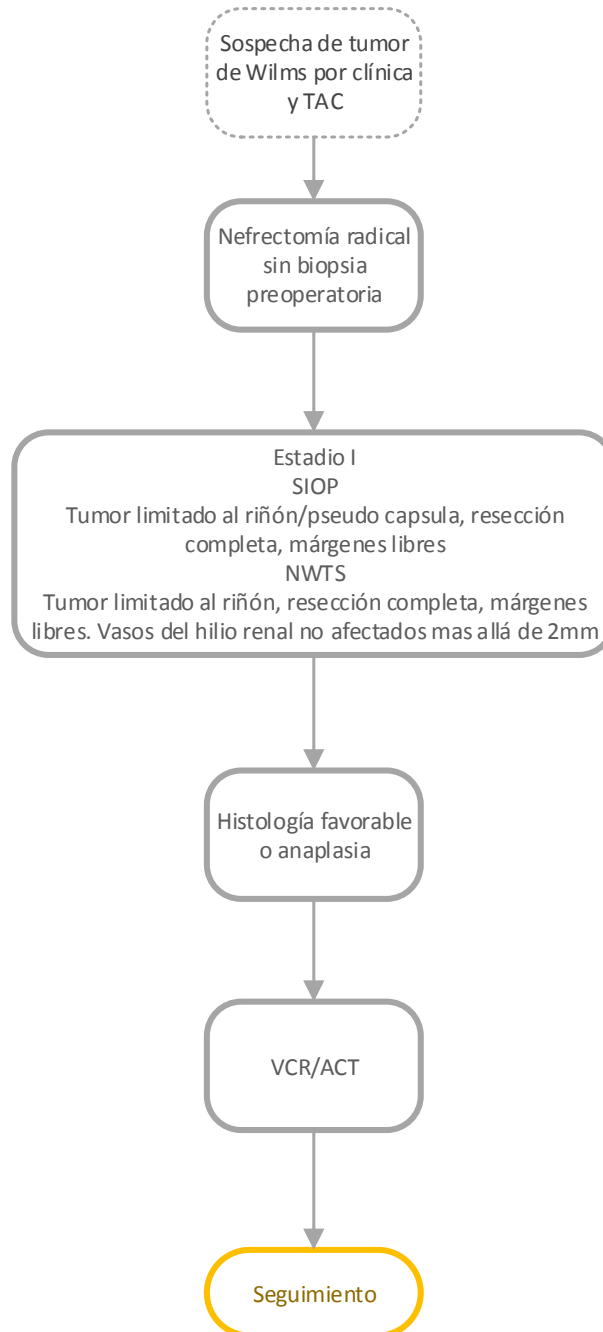
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento del tumor de Wilms en pediatría**. Guía de Referencia Rápida. México, D.F.: CENETEC; 2015 [Accesado: xx/xx/xxxx]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

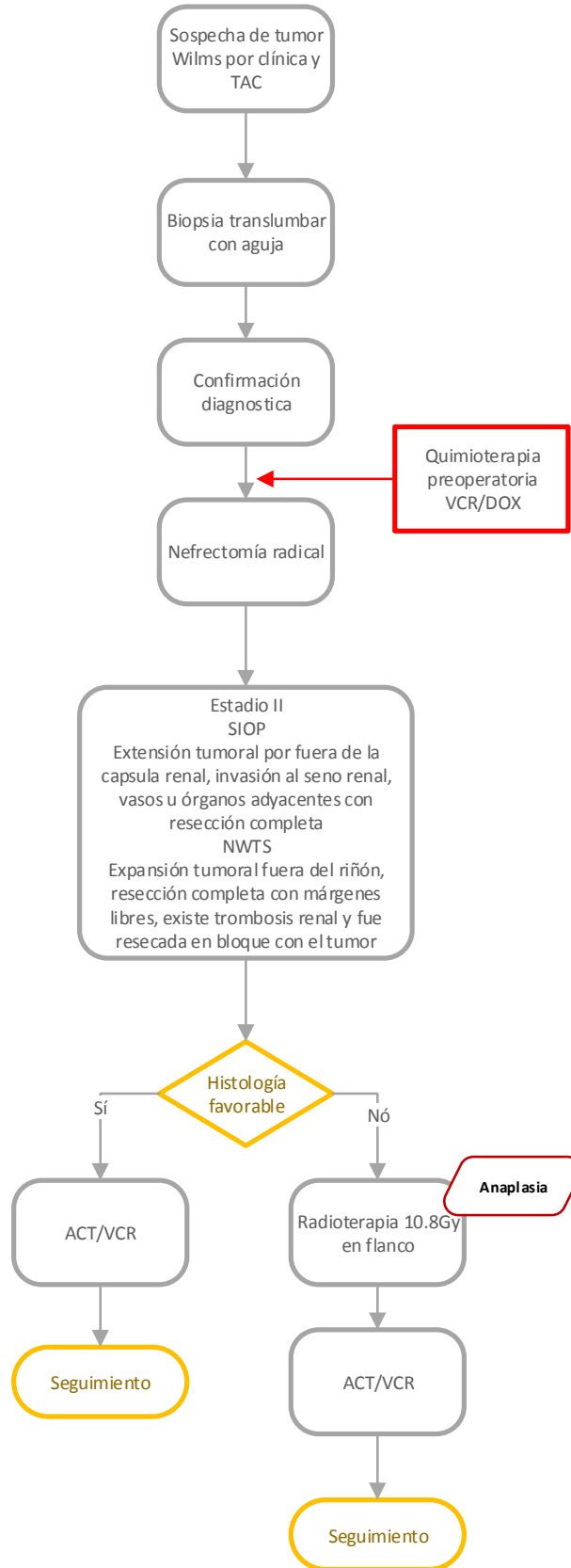
1. DIAGRAMAS DE FLUJO

ESTADIO I

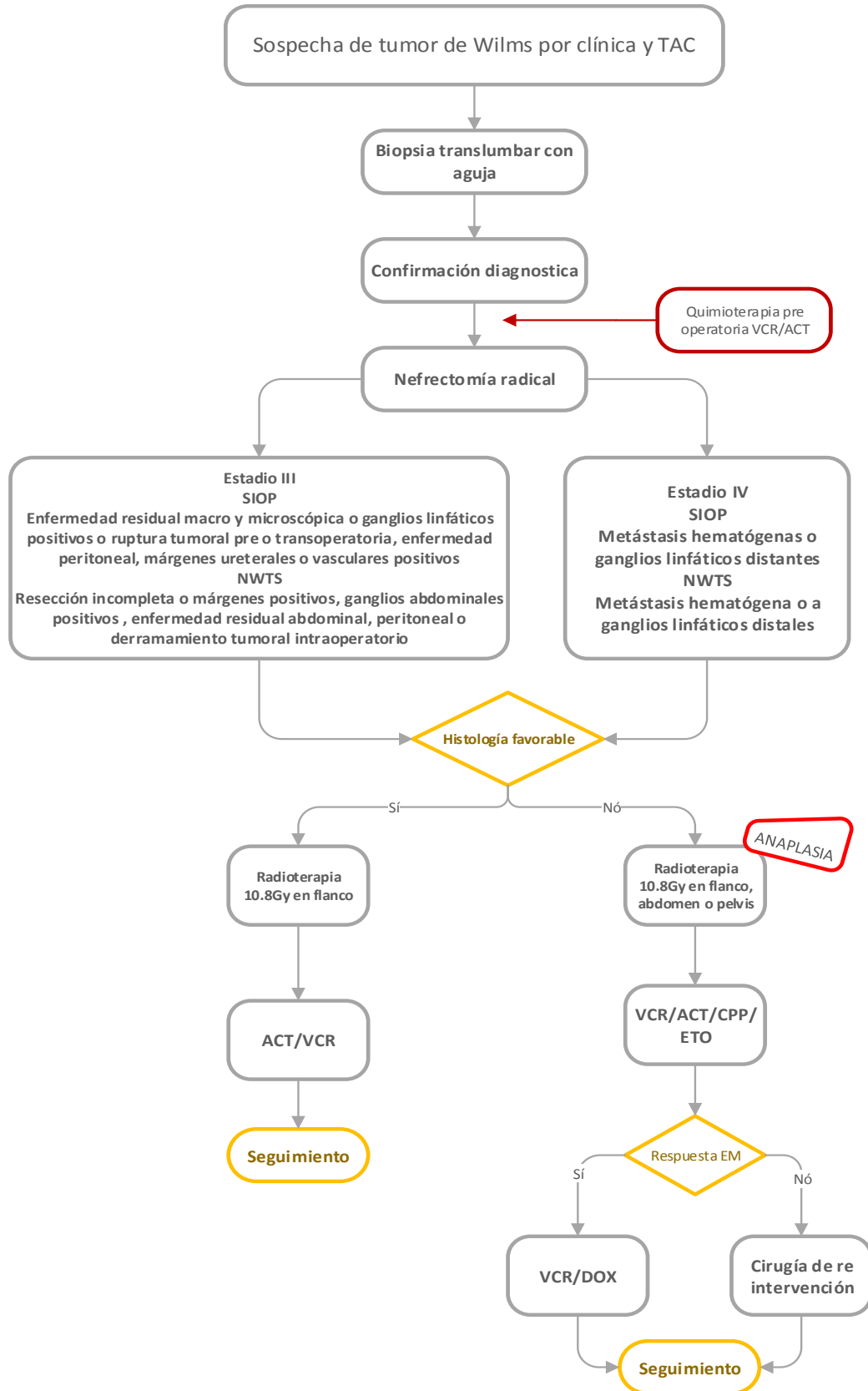


ACT: actinomicina
CCP: ciclofosfamida
DOX: doxorubicina
ETO: etoposido
IFO: ifosfamida
VCR: vincristina

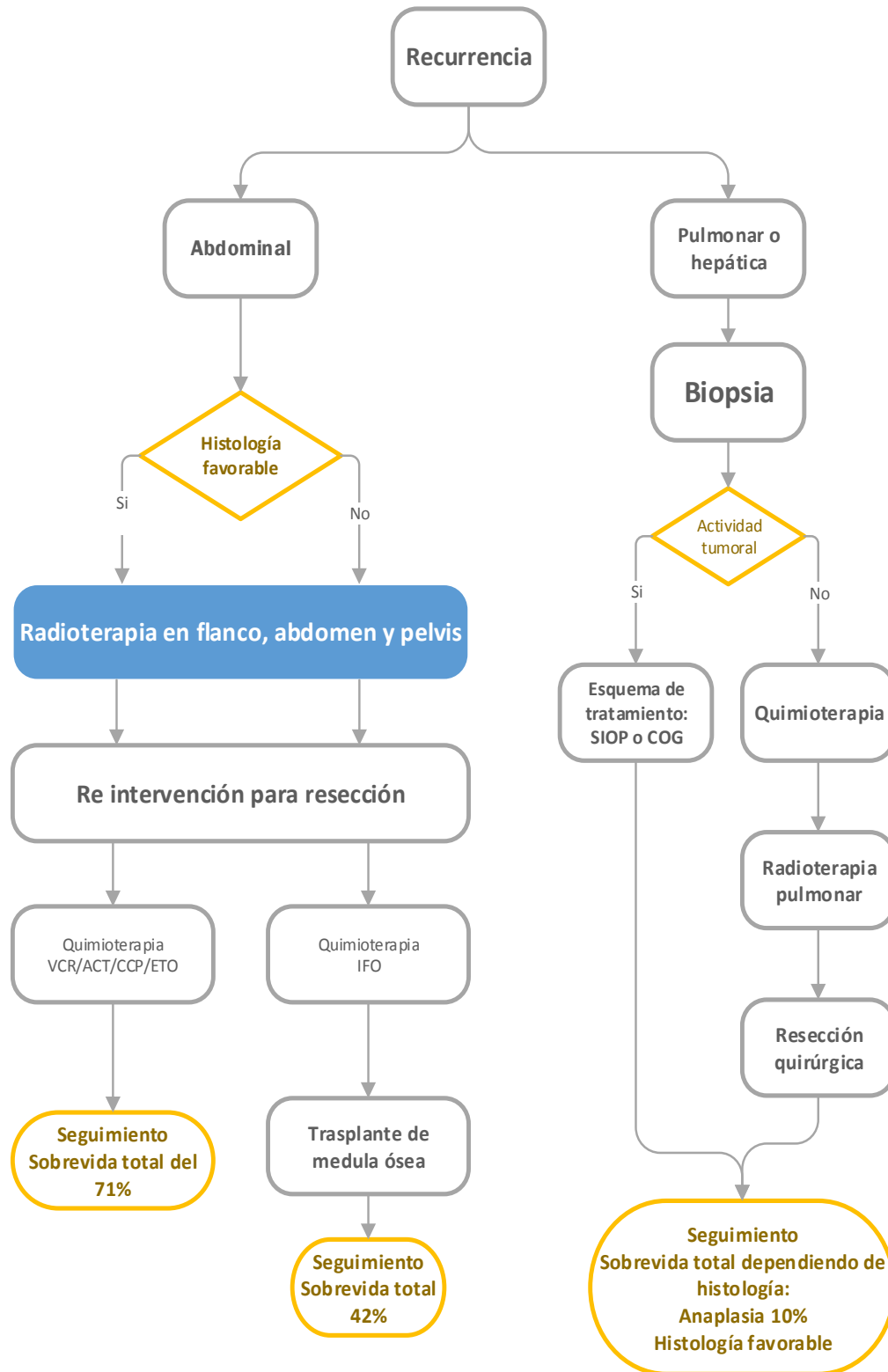
ESTADIO II



ESTADIO III Y IV



RECURRENCIA



2. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TUMOR DE WILMS

PROMOCIÓN

Recomendación Clave	GR*
La presencia del cáncer infantil no es prevenible; se debe tener especial atención en los niños con alteraciones cromosómicas relacionadas con la presencia del tumor de Wilms para un diagnóstico precoz. La mayoría de los tumores se presentan de manera aislada, en niños por lo demás sanos.	Punto de buena práctica

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
<p>Durante la exploración física de un niño con sospecha de tumor de Wilms se deben tener en cuenta los signos y síntomas más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masa abdominal (75%) • Dolor abdominal (28%) • Hematuria macroscópica (18%) • Hematuria microscópica (24%) • Fiebre (22%) 	D SIGN
Se recomienda el uso de ecografía del abdomen: es muy útil para confirmar el diagnóstico, no invasiva, y es una herramienta útil para muchos pacientes pediátricos.	D SIGN
Se recomienda la TC o resonancia magnética (RM) preoperatorias cuando se sospecha de tumoración renal bilateral, ya que puede evitarse una exploración quirúrgica contralateral.	D SIGN
La vigilancia en niños sanos pero con factores de riesgo para desarrollar tumor de Wilms se deberá llevar a cabo con ultrasonografía (USG) cada 3 o 4 meses, hasta la edad de 5 años, excepto en pacientes con síndrome de Beckwith-Wiedemann, Simpson-Golabi-Behmel, y algunos casos de Wilms familiar, en quienes la vigilancia debe continuarse hasta los 7 años de edad.	D SIGN
Se recomienda la determinación de la pérdida de la heterocigosidad (LOH) en las regiones cromosómicas 1p y 16q, ya que tiene implicaciones pronósticas y es útil para determinar el riesgo en la terapéutica, independientemente del estadio de la enfermedad.	D SIGN

<p>Los estudios de extensión incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genéticos y moleculares: determinación de WT1, WT2, WT3, P53 • Histopatológicos: biopsia preoperatoria translumbar o estudio de la pieza quirúrgica en resecciones primarias, estudio histopatológico de los ganglios linfáticos regionales (de preferencia sin neoadyuvancia) <p>Gabinete: ultrasonido abdominal, telerradiografía de tórax o TC de tórax, de preferencia con cortes ultradelgados (lung care), TC abdominal con doble contraste.</p>	<p>C SIGN</p>
--	--------------------------

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda quimioterapia preoperatoria (sin biopsia) en todos los tumores sugestivos de ser Wilms, para subestadificar el tumor antes de la nefrectomía tardía.</p>	<p>C SIGN</p>
<p>Se recomienda nefrectomía de entrada en estadios I y II, con biopsia pretratamiento para los pacientes considerados no resecables al diagnóstico. Los esquemas de la quimioterapia subsecuente, así como la necesidad de radioterapia se determinan por el estadio del tumor y su histología.</p>	<p>C SIGN</p>
<p>No deben realizarse biopsias transoperatorias, excepto en los casos en los que el tumor se considere irresecable o exista una gran incertidumbre diagnóstica.</p>	<p>D SIGN</p>
<p>Las indicaciones de quimioterapia preoperatoria son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumor de Wilms bilateral • Trombo tumoral por arriba del nivel de las venas hepáticas • Tumores que invaden órganos adyacentes (excepto suprarrenal) • Tumores que, de acuerdo al juicio quirúrgico, tendrían mayor morbilidad y mortalidad si son resecados antes de recibir quimioterapia • Enfermedad metastásica pulmonar masiva con dificultad respiratoria <p>Si se inicia quimioterapia, se recomienda no diferir la cirugía más de 12 semanas.</p>	<p>D SIGN</p>
<p>Todos los pacientes con enfermedad metastásica deben recibir doxorubicina con dosis máxima total de 300 mg/m². NWTS 4 y 5 recomiendan una dosis total más baja: 150 mg/m².</p>	<p>C SIGN</p>

PRONÓSTICO

Recomendación Clave

La vigilancia por imagen puede llevarse a cabo en un centro local, pero deberá ser realizada por personal capacitado en ultrasonografía pediátrica.

Los niños tratados inicialmente en los centros especializados y de concentración en el manejo de los niños con tumor de Wilms tienen una sobrevida mayor y menor índice de recaída y complicaciones, en comparación con el manejo aislado en los segundos niveles de atención, por lo que consideramos conveniente que el manejo inicial de estos pacientes se lleve a cabo en centros especializados de tercer nivel de atención.

GR***D
SIGN****Punto de
buena
práctica**