

15 DE FEBRERO: “DÍA INTERNACIONAL DEL CÁNCER INFANTIL”



El 15 de febrero se celebra en todo el mundo el Día Internacional del Cáncer Infantil, instituido en Luxemburgo en el año 2001. La jornada tiene como objetivo recordar a los niños afectados por esta enfermedad, sensibilizar y concientizar a la comunidad respecto de la importancia de este problema y de la necesidad de un acceso rápido al diagnóstico y tratamiento adecuado.

En 98 países, 151 Organizaciones de Ayuda a Niños con Cáncer, miembros de la Confederación Internacional de Organizaciones de Padres de Niños con Cáncer (ICCCPO), realizan durante el mes de febrero, campañas en favor del mejoramiento de las condiciones en sus países. A través de la ICCCP, en un trabajo estrecho con la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP), padres de todo el mundo se unen en una causa común: ayudar a los niños con cáncer a acceder al mejor tratamiento posible con las mejores condiciones de soporte y cuidado, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los niños con cáncer.

La detección temprana del cáncer, el diagnóstico oportuno y el correcto manejo de la enfermedad pueden mejorar el pronóstico del niño y aumentar las posibilidades de cura. El diagnóstico temprano puede marcar la diferencia en el pronóstico y en los efectos secundarios a largo plazo.

Detección precoz: Objetivos

- Mejorar el pronóstico del niño y disminuir la mortalidad precoz.
- Tratamiento de menor intensidad para disminuir la toxicidad.
- Disminuir secuelas orgánicas y psicológicas.
- Menor costo económico.

Es primordial el rol del médico en la detección de la patología.
Posibles síntomas relacionados con el cáncer:

- Fiebre, pérdida de peso y apetito, palidez, astenia, sangrados o hematomas espontáneos, persistentes e inexplicables.

- Tumoraciones en abdomen, pelvis, cuello y cabeza, extremidades, testículos, adenomegalias.

- Dolor óseo, articular, fracturas espontáneas.

- Leucocoria, estrabismo, ceguera o pérdida de visión, protuberancia del globo ocular.

- Signos neurológicos como cambios de conducta, disminución del rendimiento escolar, trastornos de equilibrio, marcha, cefalea, aumento del perímetro cefálico, convulsiones.

- Vómitos matinales, estados febriles recurrentes no relacionados con infecciones.

Epidemiología

- 12-14 casos de cáncer por 100.000 niños menores de 15 años.
- 3 - 4 leucemias por 100.000 niños menores de 15 años.
- En Argentina se estiman 1300-1400 casos nuevos por año.
- Es la primera causa de muerte por enfermedad en grupo entre los 5–15 años, precedida por accidentes.
- Tasa mortalidad 44/millón menores 15 años.
- En Argentina se estiman 450 muertes por año de cáncer en menores de 15 años.

Se desconocen las causas de la mayoría de los cánceres de la niñez, y en la mayor parte no pueden prevenirse. En pocos casos, los niños tienen un riesgo mayor de padecer cierto cáncer debido a mutaciones genéticas heredadas.

Los resultados según el ROHA indican que en la Argentina la tasa de incidencia de cáncer en menores de 15 años durante el período 2000-09 fue de 128 casos anuales por cada 1.000.000 de niños y se mantuvo estable a lo largo del período.

La tasa anual de mortalidad registrada para el trienio 1997-99 fue de 45,4 casos por millón de niños, mientras que para el período 2008-10 fue de 42,3 casos por millón; lo cual representa una disminución del 6,8% entre ambos trienios.

En el período 2000-2007, la sobrevida (SV) a los 12, 24 y 36 meses de niños diagnosticados con cualquier tumor fue de 76,2%, 66,4% y 61,7% respectivamente. La SV a tres años de los tres tumores más frecuentes fue 62,9% para leucemias, 46,3% para SNC y 75,3% para linfomas. El mejor pronóstico lo presentan los retinoblastomas y los tumores de células germinales con una SV a tres años de 90,6% y 83,3% respectivamente. El peor pronóstico a tres años se observa en leucemias mieloblásticas (40,2%), tumores del SNC (46,3%) y óseos (47,2%). Las leucemias mieloblásticas y los tumores del SNC son los dos grupos con mayor mortalidad temprana. La SV a 12 meses para las leucemias mieloblásticas es de 56% y para los tumores del SNC 62,8%. Entre los tumores sólidos, los tumores hepáticos presentan la mayor mortalidad temprana con una SV a 12 meses de 64,6%. El pronóstico para las patologías específicas depende de la edad, del tipo de institución tratante, del IDH (Índice de desarrollo humano) de la provincia de origen y de la migración a centros de mayor complejidad. En los últimos 30 años, los índices de mortalidad han disminuido más de 50% en muchos cánceres de la niñez.

El progreso de los índices de supervivencia se debe principalmente a las mejoras en los tratamientos, al mejor soporte clínico y a la alta proporción de pacientes que participan en estudios clínicos.

Distribución y sobrevida del total de tumores en nuestro país (ROHA)

Tabla 1. Distribución de casos según la clasificación Internacional de cáncer pediátrico (ICCC-3) 2000-2009 n: 12.740

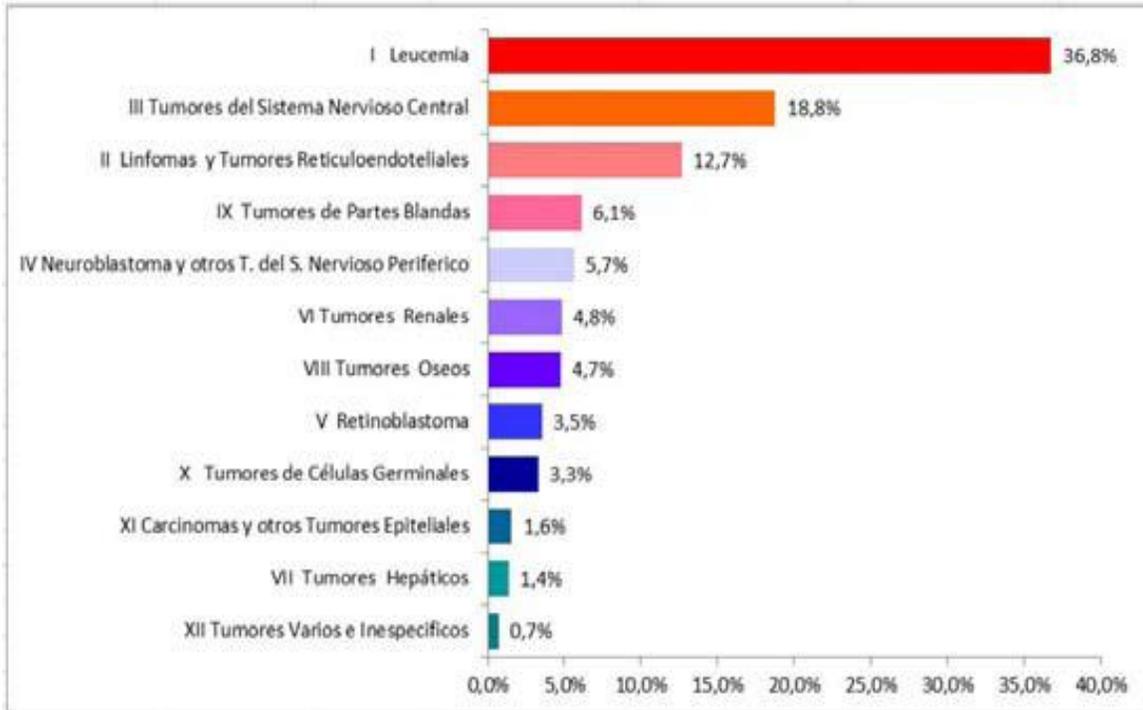


Tabla 2. Sobrevida estratificada por grupos según la Clasificación Internacional de Cáncer Pediátrico ICCC-3. Diagnóstico 2000-2007

ICCC-3	Casos Registrados	Fallecidos	Probabilidad de sobrevivir desde el diagnóstico			36 meses de seguimiento	
			12 meses Prob(%) IC 95%	24 meses Prob(%) IC 95%	36 meses Prob(%) IC 95%	Hazard Ratio ^(a) (IC 95%)	p-valor ^(b,c)
Global	10181	3578	76,2 (75,3; 77,0)	66,4 (65,4; 67,3)	61,7 (60,7; 62,7)	—	—
Leucemia	3791	1337	75,5 (74,0; 76,8)	67,6 (66,1; 69,1)	62,9 (61,3; 64,5)	1	—
Linfomas y T. Reticuloendoteliales	1325	298	82,5 (80,3; 84,5)	78,4 (76,0; 80,6)	75,3 (72,7; 77,7)	0,62 (0,55; 0,70)	<.0001
T. Sistema Nervioso Central	1914	936	62,8 (60,5; 65,0)	50,2 (47,8; 52,6)	46,3 (43,9; 48,7)	1,71 (1,57; 1,86)	<.0001
Neuroblastoma y T. del SNP	572	223	76,2 (72,4; 79,6)	61,3 (56,9; 65,4)	56,2 (51,7; 60,5)	1,16 (1,01; 1,34)	0,038
Retinoblastomas	358	31	93,8 (90,7; 95,9)	91,6 (88,1; 94,1)	90,6 (86,9; 93,3)	0,21 (0,15; 0,30)	<.0001
Tumores Renales	495	115	86,3 (82,9; 89,1)	76,9 (72,7; 80,6)	74,2 (69,8; 78,0)	0,63 (0,52; 0,76)	<.0001
Tumores Hepáticos	139	62	64,6 (55,8; 72,1)	56,6 (47,6; 64,6)	52,3 (43,3; 60,5)	1,45 (1,13; 1,88)	0,004
Tumores Oseos	471	224	78,6 (74,5; 82,1)	57,8 (53,0; 62,3)	47,2 (42,3; 51,9)	1,36 (1,18; 1,57)	<.0001
T. de Partes Blandas	622	262	81,2 (77,8; 84,1)	61,0 (56,8; 65,0)	52,3 (48,0; 56,5)	1,21 (1,06; 1,38)	0,005
T. de Células Germinales	328	46	92,6 (88,9; 95,1)	85,7 (81,0; 89,3)	83,3 (78,3; 87,3)	0,37 (0,28; 0,50)	<.0001
Carcinomas y otros T. Epiteliales	166	44	80,6 (72,9; 86,3)	70,4 (61,6; 77,5)	65,0 (55,6; 72,8)	0,86 (0,64; 1,17)	0,34

^(a) Cociente de la tasa de mortalidad instantánea de una cierta categoría respecto de la tasa de mortalidad instantánea de la categoría de referencia

^(b) p-valor del test que compara cada categoría con la de referencia

^(c) ICCC-3 p-valor global <.0001

Tabla 3. Sobrevida estratificada por Edad y Sexo. Diagnóstico 2000-2007

	Casos Registrados	Fallecidos	Probabilidad de sobrevivir desde el diagnóstico			36 meses de seguimiento	
			12 meses Prob(%) IC 95%	24 meses Prob(%) IC 95%	36 meses Prob(%) IC 95%	Hazard Ratio ^(a) (IC 95%)	p-valor ^(b,c)
Edad							
< 1 año	947	370	65,9 (62,7; 68,9)	59,8 (56,4; 62,9)	58,3 (55,0; 61,5)	1,44 (1,28; 1,62)	<.0001
1 - 4 años	3586	1140	79,2 (77,8; 80,5)	70,3 (68,8; 71,9)	66,0 (64,3; 67,6)	1	--
5 - 9 años	2862	1026	76,6 (74,9; 78,1)	65,9 (64,0; 67,6)	60,9 (59,0; 62,8)	1,17 (1,08; 1,28)	0,0002
10 - 14 años	2786	1042	75,4 (73,7; 77,0)	63,9 (62,0; 65,7)	58,2 (56,2; 60,2)	1,26 (1,16; 1,37)	<.0001
Sexo							
Femenino	4473	1604	74,7 (73,4; 76,0)	65,6 (64,2; 67,1)	61,1 (59,6; 62,6)	1	--
Masculino	5708	1974	77,4 (76,2; 78,5)	66,9 (65,6; 68,2)	62,2 (60,8; 63,5)	0,95 (0,89; 1,01)	0,102

^(a) Cociente de la tasa de mortalidad instantánea de una cierta categoría respecto de la tasa de mortalidad instantánea de la categoría de referencia

^(b) p-valor del test que compara cada categoría con la de referencia

^(c) Edad p-valor global <.0001

Tabla 4. Todos los tumores. Sobrevida a 36 meses (2000-2007). Estratificada por edad

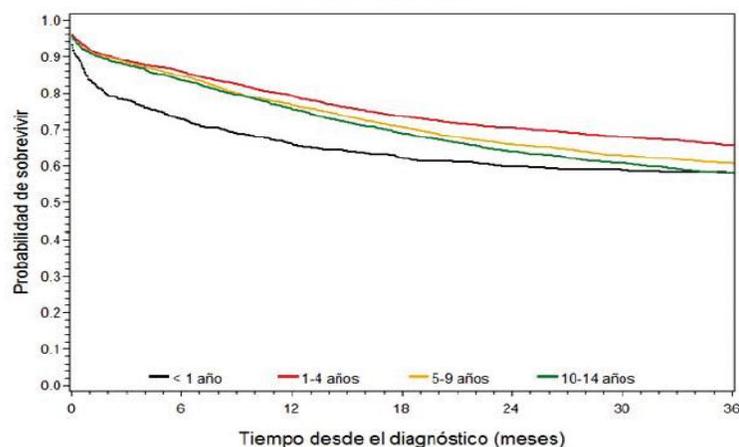
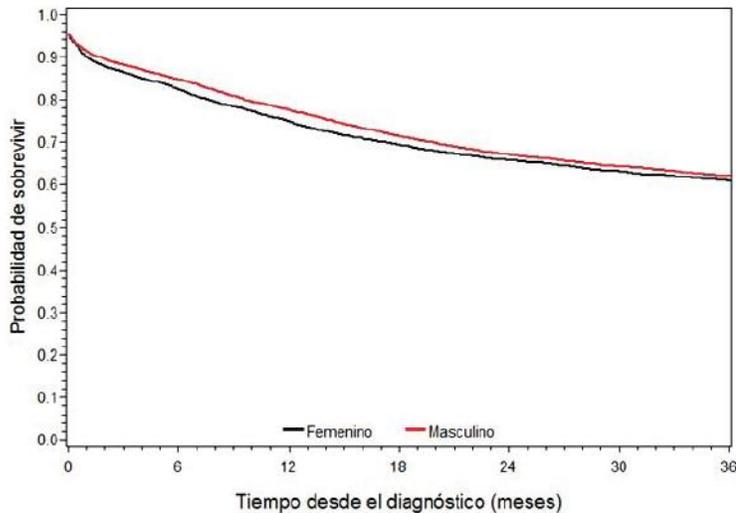


Tabla 5. Todos los tumores. Sobrevida a 36 meses (2000-2007). Estratificada por sexo.



Para poder obtener mejores resultados en el tratamiento y luego del mismo resulta fundamental tener un centro de alta complejidad, en donde se lleva a cabo una atención interdisciplinaria, incluyendo sectores como cirugía, clínica médica, UCIP, infectología, hemoterapia, nutrición, salud mental pediátrica y enfermería (manejo de catéteres).

Efectos de la enfermedad oncológica a largo plazo

La tasa global estimada de curación en Argentina es de alrededor de un 60%. La consecuencia directa es un creciente número de niños sobrevivientes de enfermedades oncológicas.

Estos pacientes enfrentan un riesgo aumentado de morbi-mortalidad y una disminución de su calidad de vida asociada al tratamiento oncológico recibido. El pediatra, por lo tanto, debe conocer las posibles complicaciones a largo plazo para poder ofrecer a esta población un adecuado cuidado de la salud. La atención clínica debe estar orientada a prevenir y detectar precozmente disfunciones orgánicas, alteraciones del crecimiento y desarrollo, déficits cognitivos, alteraciones del área psicosocial y la aparición de una segunda enfermedad maligna.

El *costo de la curación* incluye un amplio espectro de secuelas y efectos adversos tardíos, algunos de los cuales pueden poner en riesgo la vida. Además, como es natural, los años potenciales de vida desde la curación son mayores en pediatría, lo que aumenta el riesgo de aparición de efectos adversos. Por eso, una vez finalizado el tratamiento, el seguimiento oncológico debe continuar durante un período libre de enfermedad de 5 años, a partir del diagnóstico. Posteriormente, y de por vida, es necesario el seguimiento pediátrico o clínico (según corresponda por edad) para monitorizar los efectos adversos tardíos y segundas neoplasias.

Tabla 6. Factores de riesgo de aparición de efectos adversos tardíos del tratamiento oncológico.

Relacionados con el huésped	Etapa del desarrollo en la que padecieron la enfermedad Sexo Factores genéticos Estado premórbido Comorbilidades
Relacionados con el tumor	Daño directo de tejidos Efectos mecánicos Diagnóstico histopatológico
Relacionados con el tratamiento	Cirugía: localización, técnica quirúrgica. Radioterapia: localización, equipamiento, modalidad de administración (tridimensional conformada, radiocirugía, intensidad modulada), fraccionamiento, dosis total. Quimioterapia: tipo de fármaco, forma y vía de administración, dosis acumulada. Asociación de distintas modalidades terapéuticas que potencien un determinado efecto adverso.

Fuente: Adaptada de National Cancer Institute: PDQ® Efectos tardíos del tratamiento anticanceroso en la niñez. Bethesda, MD: National Cancer Institute.

Los efectos adversos a largo plazo del tratamiento oncológico pueden afectar de diferentes maneras el crecimiento y desarrollo del niño:

Crecimiento (baja talla), riesgo de obesidad, retraso o falta de desarrollo puberal, alteraciones en el desarrollo musculo esquelético, disfunciones orgánicas (cardiovasculares, renales, SNC, gastrointestinales, pulmonares, odontológicas, dermatológicas, oftalmológicas, auditivas, endocrinológicas, hepáticas, del bazo).

Es importante priorizar la integración del paciente oncológico a la sociedad, para evitar la discriminación de estos últimos en la obtención de puestos laborales.

“No hay ninguna diferencia entre tú y yo. Lo único que sí es diferente es que yo pasé una enfermedad que durante un tiempo paró parte de mi vida e hizo que todo pareciese de otra manera. Tuve que aprender a vivir con el dolor, el malestar, el aislamiento obligatorio y a veces la soledad. Pero nunca dejé de sonreír, nunca deje de ser igual que los demás y hoy estoy aquí para decirle a todo el mundo que en esta vida nadie es diferente, aunque pueda parecerlo, que todos tenemos las mismas ganas de vivir y luchar para conseguir ser felices. Me di cuenta que a imposible le sobran dos letras y aunque a veces no tenía fuerzas para llorar y tirar de mí me dije: Si no hay viento habrá que remar.”

Comité de Oncología. SAP

- www.msal.gov.ar
- Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino: incidencia 2000-2007, tendencia de mortalidad 1997-2010/ Florencia Moreno et al, 1° ed. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2012.