



11237
UNIVERSIDAD NACIONAL 55
AUTONOMA DE MEXICO 24

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

R A B D O M I O S A R C O M A .
EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

T E S I S
Que para obtener el Título de
ESPECIALIDAD EN
PEDIATRIA MEDICA
presentan
Dr. Juan Carlos García Rojo
Dr. Leobardo López Medina

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

R A B D O M I O S A R C O M A .

EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

INTRODUCCION:

LOS SARCOMAS DE PARTES BLANDAS REPRESENTAN EL 6% DE TODAS LAS NEOPLASIAS MALIGNAS EN LA EDAD PEDIATRICA. DE ESTE GRUPO, SE CONSIDERA AL RABDOMIOSARCOMA (RMS) COMO EL MAS COMUN (50%)^{1,2} OCUPANDO ADEMAS EL 7° LUGAR POR FRECUENCIA EN -- NUESTRO MEDIO, CON UNA INCIDENCIA APROXIMADA DE 4.4 CASOS POR MILLON DE HABITANTES.³

DURANTE LA ULTIMA DECADA, EL PRONOSTICO Y SOBREVIDA DE NIÑOS CON RMS HA MEJORADO GRACIAS A LA INTRODUCCION DE NUEVOS AGENTES CITOTOXICOS, LOS CUALES, EN COMBINACION CON LA CIRUGIA Y LA RADIOTERAPIA HAN PERMITIDO REDUCIR EL NUMERO DE RECAIDAS Y POR ENDE, MANTENER UN MEJOR Y MAS PROLONGADO CONTROL DE LA ENFERMEDAD, ALCANZANDO EN LA ACTUALIDAD CIFRAS DE SOBREVIDA ENTRE EL 50 A 70%, DE ACUERDO CON FUENTES TANTO NACIONALES COMO EXTRANJERAS.^{1,3-6}

EL PROPOSITO DE ESTE ESTUDIO ES ANALIZAR LOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS, CUADRO CLINICO, DISTRIBUCION POR SITIO DEL -- PRIMARIO, GRADO DE AVANCE AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION HISTOLOGICA DE ESTA NEOPLASIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA EN LOS ULTIMOS 6 AÑOS DE EXPERIENCIA Y DE ACUERDO A RESULTADOS, COMPARAR CON OTRAS EXPERIENCIAS (NACIONALES E INTERNACIONALES), CON EL FIN DE DEFINIR FACTORES PRONOSTICOS EN RELACION A RESULTADOS DEL MANEJO HASTA AHORA UTILIZADO.

MATERIAL Y METODOS:

SE REVISARON EN FORMA RETROSPECTIVA LOS EXPEDIENTES CLINICOS Y RADIOLOGICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO HISTOLOGICO DE RMS, REGISTRADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 1982 A DICIEMBRE DE 1987.

SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES DATOS DE CADA EXPEDIENTE: EDAD, SEXO, TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO, CUADRO CLINICO, SITIO DEL PRIMARIO, VARIEDAD HISTOLOGICA, ETAPA, SITIO DE METASTASIS, TRATAMIENTO Y SOBREVIDA.

EL TRATAMIENTO FUE MULTIDISCIPLINARIO Y VARIO DE ACUERDO A LA ETAPA Y VARIEDAD HISTOLOGICA.

LA CLASIFICACION POR ETAPAS Y VARIEDAD HISTOLOGICA EN ESTOS PACIENTES SE ESTABLECIO DE ACUERDO CON LO PROPUESTO POR EL INTERGROUP RHABDOMYOSARCOMA STUDY (IRS) EN E.U.A.

EL CRITERIO DE INCLUSION MAS IMPORTANTE FUE LA CONFIRMACION HISTOLOGICA DE RMS POR EL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA. PACIENTES PREVIAMENTE TRATADOS EXTRAHOSPITALARIAMENTE NO SE CONSIDERO COMO CRITERIO DE EXCLUSION.

SE REVISARON UN TOTAL DE 23 EXPEDIENTES.

RESULTADOS:

EDAD Y SEXO: LA EDAD DE LOS 23 CASOS INCLUIDOS EN NUESTRA REVISION COMPRENDIO DE 4 MESES A 18 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE 4 AÑOS 10 MESES; LA DISTRIBUCION POR EDADES (FIG. 1) MUESTRA UN FRANCO PREDOMINIO PARA LAS EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 2 A 6 AÑOS (52%).

SEXO: 13 CASOS CORRESPONDIERON AL SEXO MASCULINO Y 10 AL SEXO FEMENINO CON UNA RELACION M:F DE 1,3 A 1 (FIG.2).

SIGNOS Y SINTOMAS: EL AUMENTO DE VOLUMEN FUE EL EVENTO - QUE PREDOMINO EN LOS PACIENTES, ENCONTRANDOSE EN 22 CASOS, SUGUIENDOLE EN ORDEN DE FRECUENCIA ATAQUE AL ESTADO GENERAL EN 8 CASOS, DOLOR LOCAL EN 3 CASOS, DISTENSION ABDOMINAL EN 3 CASOS, CLAUDICACION EN 2 CASOS, CEFALEA EN 2 CASOS Y RINORREA EN UN CASO (TABLA 1). LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES SE PUEDEN APRECIAR EN LA MISMA TABLA.

SITIO DEL PRIMARIO: EN RELACION AL SITIO PRIMARIO, LA PRESENTACION INICIAL MAS FRECUENTE OCURRIO EN CABEZA Y CUELLO (13 CASOS), SEGUIDA DE RETROPERITONEO (4 CASOS), EXTREMIDADES Y SISTEMA GENITOURINARIO (3 CASOS RESPECTIVAMENTE) - COMO SE MUESTRA EN LA TABLA 2. EN LA DISTRIBUCION DE CABEZA Y CUELLO, LOS SENOS PARANASALES FUE EL SITIO MAS AFECTADO (TABLA 3).

VARIEDAD HISTOLOGICA: LA VARIEDAD EMBRIONARIA SE ENCONTRO EN 15 CASOS (65%), 2 DE ELLOS BOTRIOIDES; 8 CASOS CORRESPONDIERON A LA VARIEDAD ALVEOLAR (35%) FIG.3. LA VARIEDAD EMBRIONARIA MOSTRO PREDILECCION POR CABEZA Y CUELLO (75%), - MIENTRAS QUE LA VARIEDAD ALVEOLAR NO MOSTRO UN SITIO DE PREDILECCION YA QUE EL 37,5% SE ENCONTRO EN EXTREMIDADES Y UNA PROPORCION IGUAL EN CABEZA Y CUELLO Y EL 25% RESTANTE EN RETROPERITONEO (FIG.4). POR GRUPOS DE EDAD, EN LA VARIEDAD EMBRIONARIA EL 73% CORRESPONDIO A PACIENTES MENORES DE 6 AÑOS DE EDAD Y EL 27% PARA MAYORES DE ESTA EDAD, NO ENCONTRANDO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA CON LA VARIEDAD ALVEOLAR EN DONDE 75% DE LOS CASOS CORRESPONDIO A MENORES

DE 6 AÑOS Y 25% A MAYORES DE ESTA EDAD(FIG. 5),

ETAPA: LA DISTRIBUCION POR ETAPAS MUESTRA QUE EL 91% CORRESPONDIERON A ESTADIOS AVANZADOS(ETAPAS III Y IV)Y TAN SOLO EL 9% SE ENCONTRABAN EN ESTADIO I.

NO SE ENCONTRO NINGUN CASO EN ESTADIO II(FIG. 6).

METASTASIS: LA RELACION ENTRE VARIEDAD HISTOLOGICA Y SITIO DE METASTASIS EN ESTADIO IV SE MUESTRA EN LA TABLA 4, LOS SITIOS MAS FRECUENTES DE METASTASIS (TABLA 5) FUERON GANGLIOS LINFATICOS, S.N.C., HUESO Y MEDULA OSEA(19% RESPECTIVAMENTE), SEGUIDO DE PULMON(12%), HIGADO Y RIÑON(5% RESPECTIVAMENTE). LA VARIEDAD ALVEOLAR MOSTRO MAYOR FRECUENCIA DE METASTASIS AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO CON UNA RELACION DE 1.3 A 1 RESPECTO A LA VARIEDAD EMBRIONARIA. NINGUN PACIENTE DESARROLLO METASTASIS UNA VEZ HECHO EL DIAGNOSTICO E INICIADO EL TRATAMIENTO.

MORTALIDAD: LA MORTALIDAD PARA LA ETAPA I FUE DE 0%, PARA LA ETAPA III FUE DE 27%(3 PACIENTES DE 11) Y PARA LA ETAPA IV FUE DE 90%(9 PACIENTES DE 10). LA MORTALIDAD GLOBAL FUE DE 52%(12 PACIENTES DE 23), COMO SE MUESTRA EN LA TABLA 6.

LA MORTALIDAD DE ACUERDO AL SITIO DEL PRIMARIO Y A LA VARIEDAD HISTOLOGICA SE EJEMPLIFICAN EN LAS TABLAS 7 Y 8 -- RESPECTIVAMENTE. OBSERVANDOSE MAYOR MORTALIDAD PARA LA VARIEDAD ALVEOLAR Y CON SITIO PRIMARIO EN RETROPERITONEO -- SIENDO MENOR PARA LA VARIEDAD EMBRIONARIA Y CON SITIO PRIMARIO EN CABEZA Y CUELLO.

RECAIDA: SE OBSERVARON RECAIDAS EN 4 PACIENTES EN ESTADIO III(36%) Y UNA RECAIDA EN UN PACIENTE EN ESTADIO IV(10%). NO SE OBSERVO NINGUNA RECAIDA EN ESTADIO I. (TABLA 9).

SOBREVIDA: PARA LA ETAPA I FUE DE 100%, ETAPA III 73% Y ETAPA IV 10%. LA SOBREVIDA GLOBAL FUE DEL 48% (TABLA 10).

DISCUSION:

A PESAR DE QUE LA FRECUENCIA DE RMS ES BAJA EN EDAD PEDIATRICA, ESTA REVISION DE LA EXPERIENCIA DE DICHA NEOPLASIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA AUNADA A LA DE GRUPOS COOPERATIVOS O PUBLICACIONES EFECTUADAS POR DIVERSOS CENTROS DE ESPECIALIDAD ONCOLOGICA, PERMITE UN MAYOR CONOCIMIENTO SOBRE LA EPIDEMIOLOGIA Y COMPORTAMIENTO DEL RMS EN LA POBLACION ESTUDIADA.

AUNQUE EL RMS SE PUEDE ENCONTRAR EN CUALQUIER ETAPA DE LA VIDA, CONTINUA PREDOMINANDO EN LACTANTES Y PREESCOLARES (2-6 AÑOS EN ESTE ESTUDIO); EN CUANTO A SEXO, LA FRECUENCIA VA RIO LIGERAMENTE ENCONTRANDOSE UNA RELACION DE 1.3 A 1 A FAVOR DEL SEXO MASCULINO, DATO QUE CORRELACIONA CON ESTUDIOS EFECTUADOS A NIVEL MUNDIAL. 1,2,5-7.

EL SITIO DE PRESENTACION MAS FRECUENTE EN ESTE GRUPO FUE CABEZA Y CUELLO (57%) SEMEJANTE A LO PUBLICADO EN LA LITERATURA INTERNACIONAL, CON UN FRANCO PREDOMINIO DE LA VARIEDAD EMBRIONARIA SIN EMBARGO, CONTRARIO A LO QUE SE HA DESCRITO EN RELACION A QUE DE CABEZA Y CUELLO EL SITIO MAS AFECTADO SUELE SER ORBITA, EN NUESTRA REVISION PREDOMINÓ EN SENOS PARANASALES (38%) QUEDANDO LA AFECCION A ORBITA EN SEGUNDO LUGAR (23%). 1,9.

AUN CUANDO EL CUADRO CLINICO SUELE SER INDETERMINADO, DADO QUE VA A DEPENDER DEL ORGANNO AFECTADO, SE ENCONTRO QUE EN PRACTICAMENTE TODOS LOS PACIENTES, EL AUMENTO DE VOLUMEN -

PREDOMINO SOBRE EL RESTO DE SIGNOS ENCONTRADOS AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO (96%).

EN RELACION A LA VARIEDAD HISTOLOGICA Y DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN LA LITERATURA MUNDIAL, TAMBIEN EN NUESTRA REVISION HUBO UN FRANCO PREDOMINIO POR LA VARIEDAD EMBRIONARIA.^{1,5,8} EN RELACION A ESTO TAMBIEN SE ENCONTRO QUE ESTA VARIEDAD HISTOLOGICA MOSTRO PREDILECCION POR CABEZA Y CUELLO, SIN EMBARGO, NO HUBO DIFERENCIA SIGNIFICATIVA CON LA VARIEDAD ALVEOLAR EN CUANTO A EDAD DE PRESENTACION YA QUE AMBAS VARIEDADES SE ENCONTRARON EN IGUAL PROPORCION - EN MENORES DE 6 AÑOS.

EL SITIO DE METASTASIS ENCONTRADO TAMBIEN HA SIDO SEMEJANTE CON LO YA ESCRITO, AUNQUE EXISTIO EN NUESTRO GRUPO IGUAL PROPORCION EN GANGLIOS LINFATICOS, S.N.C., HUESO Y MEDULA OSEA.

EL HECHO DE QUE LA MAYOR PROPORCION DE NUESTROS PACIENTES CURSARAN EN ESTADIOS AVANZADOS DE LA ENFERMEDAD (91% PARA ESTADIOS III Y IV) FAVORECE ENORMEMENTE LA MORBILETALIDAD YA QUE, COMO SE REVISO EN EL PRESENTE ESTUDIO, LA MORTALIDAD PARA ESTOS DOS ESTADIOS FUE DE 52% Y DE ESTOS, EL ESTADIO IV OCUPA EL PRIMER LUGAR (90%), MIENTRAS QUE EN EL ESTADIO I NO SE ENCONTRO NINGUNA MUERTE; POR OTRO LADO, LAS RECAIDAS UNICAMENTE SE ENCONTRARON EN ESTOS ESTADIOS AVANZADOS Y LA SOBREVIDA FUE MAYOR EN ESTADIOS MENOS AVANZADOS (100% PARA ESTADIO I).⁶

EN RELACION CON ESTO ULTIMO, SON VARIOS LOS FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL DESENLACE DEL RMS EN NIÑOS. RESPECTO A EDAD, SE SEÑALA QUE ENTRE UNO Y SIETE AÑOS EXISTE MAYOR SOBREVIDA, ESTO AL PARECER RELACIONADO CON MENOR EXTENSION

DE LA ENFERMEDAD, METASTASIS MAS BAJAS Y VARIETADES MENOS AGRESIVAS, 1,5,8.

EN CUANTO A VARIEDAD HISTOLOGICA, EXISTE MAYOR SOBREVIVENCIA PARA LA VARIEDAD EMBRIONARIA YA QUE EL ALVEOLAR HABITUALMENTE SE PRESENTA CON MAYOR VOLUMEN TUMORAL AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO, ADEMAS DE SER UNA VARIANTE DE MAYOR AGRESIVIDAD YA BIEN CONOCIDO, CON MAYOR FRECUENCIA DE METASTASIS, Y POR LO TANTO EN ESTADIOS MAS AVANZADOS AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO, SEGUN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTE ESTUDIO Y LO PUBLICADO EN OTRAS SERIES, 1-3,8,10

EN LO REFERENTE AL SITIO DEL PRIMARIO SE SEÑALA MEJOR PRONOSTICO PARA CABEZA Y CUELLO Y EL PEOR PRONOSTICO PARA LOS DE EXTREMIDADES Y RETROPERITONEO, LO CUAL TAMBIEN CORRORBORAMOS EN NUESTRO ESTUDIO, 4,5.

EN CUANTO A FASE DE DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD, LOS TUMORES LOCALIZADOS Y CAPACES DE SER EXTIRPADOS SUELEN CURARSE CON MAYOR FRECUENCIA, ASIMISMO, EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO INTENSIVO HA PRODUCIDO MEJOR RESPUESTA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD EXTENSA, AUNQUE EL PRONOSTICO SIGUE SIENDO IMPRECISO SOBRE TODO PARA ETAPAS AVANZADAS COMO SE ENCONTRO EN NUESTRO ESTUDIO, 1,4,6,7,10.

CONCLUSIONES:

LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR NUESTRO ESTUDIO NOS PERMITEN CONCLUIR QUE EL RMS ES UNA NEOPLASIA FRECUENTE EN LA EDAD PEDIATRICA, AFECTANDO MAS FRECUENTEMENTE AL GRUPO DE EDAD COMPRENDIDO ENTRE LOS 2 A 6 AÑOS, CON DISCRETA PREDILECCION POR EL SEXO MASCULINO.

SIENDO MAS FRECUENTE LA PRESENTACION EN CABEZA Y CUELLO Y CON UN FRANCO PREDOMINIO DE LA VARIEDAD EMBRIONARIA RES

PECTO A LA VARIEDAD ALVEOLAR, SIENDO LA VARIEDAD PLEOMORFICA MUY RARA EN ESTE GRUPO DE EDAD.

LA VARIEDAD EMBRIONARIA MUESTRA UNA CLARA PREDILECCION -- POR CABEZA Y CUELLO Y EN CAMBIO LA VARIEDAD ALVEOLAR POR EXTREMIDADES, LO CUAL TIENE IMPLICACIONES PRONOSTICAS BIEN ESTABLECIDAS.

RESPECTO AL CUADRO CLINICO EL UNICO DATO CONSTANTE ES EL AUMENTO DE VOLUMEN DE ALGUN AREA CORPORAL DEPENDIENDO DEL SITIO DEL PRIMARIO Y EL RESTO DE SIGNOS Y SINTOMAS SON IN ESPECIFICOS O AGREGADOS.

LA ENFERMEDAD METASTASICA (ESTADIO IV) ES MAS FRECUENTE PARA LA VARIEDAD ALVEOLAR AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO LO -- CUAL TAMBIEN TIENE IMPLICACIONES PRONOSTICAS DESFAVORABLES Y LOS SITIOS DE METASTASIS SON MAS FRECUENTES A GANGLIOS LINFATICOS, HUESO, MEDULA OSEA Y S.N.C.

ESTE ESTUDIO TAMBIEN NOS PERMITE DEFINIR COMO FACTORES DE MAL PRONOSTICO LA PRESENTACION EN EXTREMIDADES Y RETROPERITONEO, ASI COMO LA VARIEDAD ALVEOLAR, SIN EMBARGO, EL FACTOR PRONOSTICO MAS IMPORTANTE ES EL ESTADIO CLINICO AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO, SIENDO MUY POBRE EL PRONOSTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD METASTASICA.

LA MORTALIDAD PARA ESTA NEOPLASIA SIGUE SIENDO ALTA EN LA ACTUALIDAD A PESAR DE LA INTRODUCCION DE NUEVOS AGENTES - CITOTOXICOS Y AL AVANCE DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS (LO -- CUAL SE HACE NOTAR POR LA AUSENCIA EN ESTE ESTUDIO DE PACIENTES EN ESTADIO II -- ENFERMEDAD RESIDUAL MICROSCOPICA --) QUE PERMITEN EN LA ACTUALIDAD REALIZAR DISECCIONES MAS -- FINAS CON RESECCIONES MAS AMPLIAS, LO CUAL DEBE FORZAR A -- LA BUSQUEDA DE NUEVOS AGENTES QUIMIOTERAPICOS Y PROBABLE-

(9)

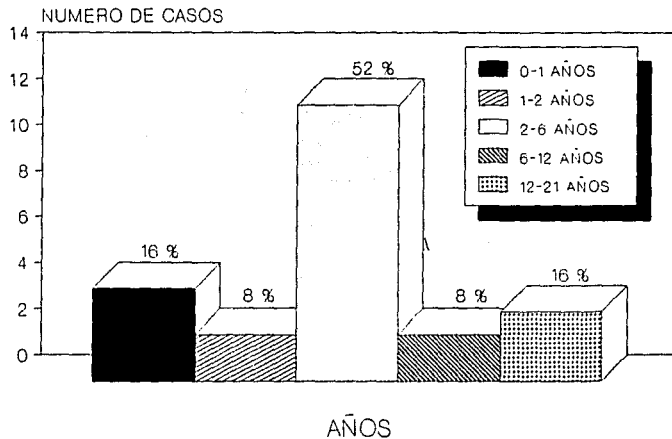
MENTE A DIVERSAS COMBINACIONES DE ESTOS. POR OTRO LADO ES IMPORTANTE MENCIONAR LA IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS DE EXTENSION PARA ESTABLECER LA ETAPA CLINICA DE LA ENFERMEDAD Y CREEMOS QUE LA BIOPSIA DE MEDULA OSEA DEBERIA SER REALIZADA DE MANERA RUTINARIA EN ESTOS PACIENTES, YA QUE, LA POSITIVIDAD EN ESTA CAMBIARIA LA ETAPA CLINICA Y POR LO TANTO EL TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DE DICHS PACIENTES, SIN EMBARGO, SIGUE SIENDO DE VITAL IMPORTANCIA Y PRIORITARIO LA EDUCACION PARA LA SALUD Y LA PREPARACION DE MEDICOS GENERALES Y PEDIATRAS (QUE LA MAYOR PARTE DE LAS VECES SON EL PRIMER CONTACTO DE ESTOS PACIENTES) PARA LA DETECCION TEMPRANA DE ESTE TIPO DE NEOPLASIAS , PARA QUE AL MOMENTO DE SER CANALIZADOS A LOS CENTROS DE ESPECIALIDAD ONCOLOGICA PARA SU TRATAMIENTO SE ENCUENTREN EN ESTADIOS INICIALES Y POR LO TANTO MAYOR SERA LA EXPECTATIVA DE VIDA Y LA CALIDAD DE ESTA PARA ELLOS.

B I B L I O G R A F I A

1. Miser JS, Pizzo PA. Sarcoma de tejido blando en los niños. Clin Ped Nort Am 1985; 3:811-832.
2. Rivera-Luna R. Neoplasias malignas más comunes en pediatría: Rbdomiosarcoma. En: Loredo-Abadalá A, ed. Medicina Interna Pediatríca. México: Interamericana, 1985: 449-453.
3. Maurer HM, Beltangady M, Gehan EA y col. The Intergroup Rhabdomyosarcoma Study-1: A final report. Cancer 1988; 61: 209-220.
4. Maurer HM, Moon T, Donaldson M y col. The Intergroup Rhabdomyosarcoma Study: A preliminary report. Cancer 1977; 40: 2015-2026.
5. Borrego-Román R, Rivera-Luna R, Martínez-Guerra G, Cruz-Montes de Oca JI. Rbdomiosarcoma. Acta Pediat Mex 1980; 1:109-113.
6. Raney RB, Tefft M, Maurer HM y col. Disease patterns and survival rate in children with metastatic soft tissue sarcoma: A report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study (IRS)-1. Cancer 1988; 62: 1257-1266.
7. Rivera-Luna R, Martínez-Guerra G, Cruz-Montes de Oca JI, Borrego-Román R. Rbdomiosarcoma en pediatría, resultados de tratamiento. Rev Invest clín (Méx) 1980; 32: 43-47.
8. Salas-Martínez M. Neoplasias malignas en los niños: Rbdomiosarcoma. México: Interamericana, 1988: 338-348.
9. Heyn R, Ragab A, Raney RB y col. Late effects of therapy in orbital rhabdomyosarcoma in children: A report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study. Cancer 1986; 57: 1738-1743.
10. Crist WM, Raney RB, Ragab A y col. Intensive chemotherapy including cisplatin with or without etoposide for children with soft tissue sarcoma. Med Pediatr Oncol 1987; 15:51-57.

RABDOMIOSARCOMA

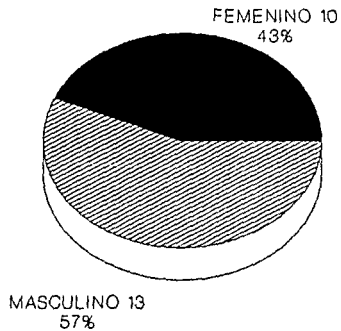
DISTRIBUCION POR EDAD



INP (1982-1987)

FIG. 1.

RABDOMIOSARCOMA DISTRIBUCION POR SEXO

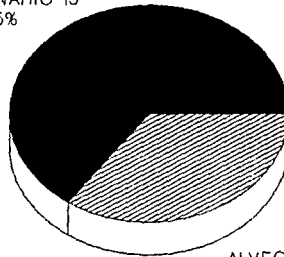


INP (1982-1987)

FIG. 2.

RABDOMIOSARCOMA VARIEDAD HISTOLOGICA

EMBRIONARIO 15
65%



ALVEOLAR 8
35%

INP (1982-1987)

FIG. 3.

RABDOMIOSARCOMA SITIO PRIMARIO DE ACUERDO A VARIEDAD HISTOLOGICA

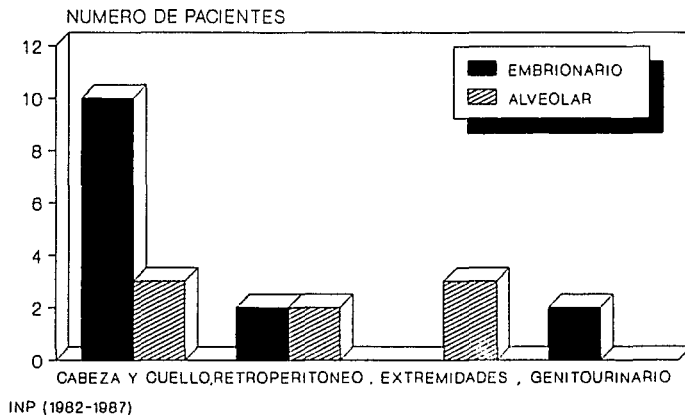
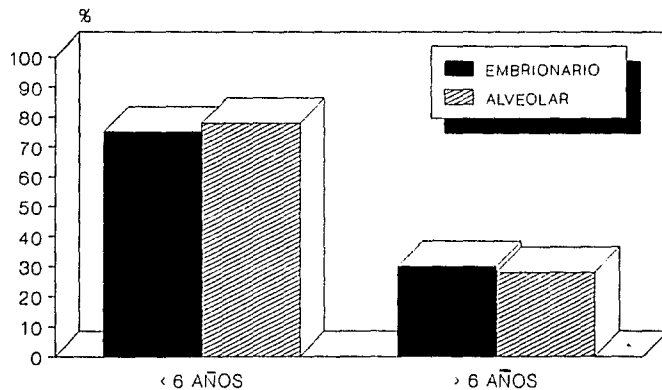


FIG. 4.

RABDOMIOSARCOMA

DISTRIBUCION POR EDADES DE ACUERDO A VARIEDAD HISTOLOGICA

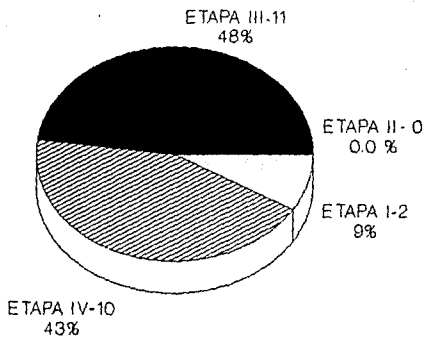


INP (1982-1987)

FIG. 5.

RABDOMIOSARCOMA

ETAPA



INP (1982-1987)

FIG. 6.

R A B D O M I O S A R C O M A

CUADRO CLINICO

23 PTS.

<u>SIGNOS & SINTOMAS</u>	<u>Nº PTS</u>	<u>%</u>
AUMENTO DE VOLUMEN	22	95
ATAQUE EDO. GENERAL	8	35
DOLOR LOCAL	3	13
DISTENSION ABDOM.	3	13
CLAUDICACION	2	9
CEFALEA	2	9
RINORREA	1	4,5

I.N.P. Depto. Oncología. 1982 - 1987.

TABLA I.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

R A B D O M I O S A R C O M A

DISTRIBUCION ANATOMICA

<u>SITIO DEL PRIMARIO</u>	<u>Nº PTS.</u>	<u>%</u>
CABEZA Y CUELLO	13	57
RETROPERITONEO	4	17
GENITO URINARIO	3	13
EXTREMIDADES	3	13
<hr/>		
T O T A L	23	100

I.N.P. Depto. Oncología, 1982 - 1987.

TABLA 2.

R A B D O M I O S A R C O M A

Distribución en Cabeza y Cuello

<u>S I T I O</u>	<u>Nº PTS</u>	<u>%</u>
SENOS PARANASALES	5	38
ORBITA	3	23
FOSA PTERIGOMAXILAR	2	15
ALA DE LA NARIZ	1	8
OIDO MEDIO	1	8
MASTOIDES	1	8
<hr/>		
T O T A L	13	100
<hr/>		

I.N.P. Depto. Oncología. 1982 - 1987

TABLA 3.

R A B D O M I O S A R C O M A

SITIO DE METASTASIS DE ACUERDO A VARIEDAD HISTOLOGICA Y SITIO DEL PRIMARIO

<u>PACIENTE</u>	<u>SITIO DEL PRIMARIO</u>	<u>VARIEDAD HISTOLOGICA</u>	<u>SITIO DE METASTASIS</u>
1	ORBITARIO	ALVEOLAR	M.O.
2	RETROPERITONEO	ALVEOLAR	HIGADO
3	RETROPERITONEO	EMBRIONARIO	PULMON
4	EXTREMIDADES	ALVEOLAR	HUESO(MULTIPLES)
5	SENOS PARANASALES	ALVEOLAR	PULMON Y GANGLIOS SUBMAXILARES
6	SENOS PARANASALES	EMBRIONARIO	M.O.,S.N.C.,GANGLIOS CERVICALES
7	EXTREMIDADES	ALVEOLAR	S.N.C. Y GANGLIOS INGUINALES
8	SENOS PARANASALES	EMBRIONARIO	M.O. Y S.N.C.
9	GENITOURINARIO	EMBRIONARIO	HUESO(PELVIS)
10	RETROPERITONEO	ALVEOLAR	RIÑON Y HUESO(COSTILLAS)

TABLA 4.

RABDOMIOSARCOMA

SITIO DE METASTASIS

<u>SITIO</u>	<u>Nº DE METASTASIS</u>	<u>%</u>
GANGLIOS	3	19
HUESO	3	19
MEDULA OSEA	3	19
S.N.C.	3	19
PULMON	2	12
HIGADO	1	6
RIÑON	1	6
<hr/>		
<u>TOTAL</u>	<u>16</u>	<u>100</u>

TABLA 5

R A B D O M I O S A R C O M A

MORTALIDAD DE ACUERDO A ETAPA

<u>ETAPA</u>	<u>N.º DE PACIENTES</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>%</u>
I	2	0	0
II	-	-	-
III	11	3	27
IV	10	9	90
TOTAL	23	12	52

TABLA 6.

R A B D O M I O S A R C O M A

MORTALIDAD POR SITIO DEL PRIMARIO

<u>SITIO</u>	<u>Nº. DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
RETROPERITONEO	4/4	100
EXTREMIDADES	2/3	66
GENITOURINARIO	2/3	66
CABEZA Y CUELLO	4/13	33

TABLA 7.

R A B D O M I O S A R C O M A

MORTALIDAD POR VARIEDAD HISTOLOGICA

<u>V.H.</u>	<u>N.º DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
EMBRIONARIO	7/15	46
ALVEOLAR	5/8	63

TABLA 8.

R A B D O M I O S A R C O M A

RECAIDAS DE ACUERDO A ETAPA

<u>ETAPA</u>	<u>N.º DE PACIENTES</u>	<u>RECAIDAS</u>	<u>%</u>
I	2	0	0
II	-	-	-
III	11	4	36
IV	10	1	10
TOTAL	23	5	22

TABLA 9.

R A B D O M I O S A R C O M A

SOBREVIDA DE ACUERDO A ETAPA

<u>ETAPA</u>	<u>Nº DE PACIENTES</u>	<u>Nº VIVOS</u>	<u>%</u>
I	2	2	100
II	-	-	---
III	11	8	73
IV	10	1	10
<hr/>			
TOTAL	23	11	48

I.N.P. Depto. Oncología, 1982 - 1987.

TABLA 10.