

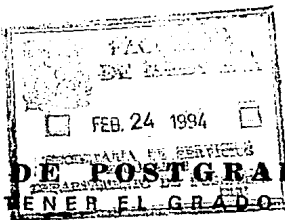
11237  
38  
2eje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA I.M.S.S.  
Curso de Especialización en Pediatría Médica

**SOBREVIDA EN NIÑOS CON  
RABDOMIOSARCOMA**



**TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA  
MEDICA**

HOSPITAL GENERAL  
CENTRO MEDICO LA RAZA  
Inst. del Caso 14000000  
de Pediatría Médica de P...

R E S E N T A :

**DR. JOSE GUILLERMO FERRER ALVAREZ**

Asesor: Dra. Martha S. Aguilar Martínez



MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **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.

**TITULO :**

**" SOBREVIDA EN NIÑOS CON RABDOMIOSARCOMA "**

**SERVICIO :**

**ONCOLOGIA PEDIATRICA .**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE :**

**DRA. MARTHA S. AGUILAR MARTINEZ .  
JEFE DEL SERVICIO ONCOLOGIA PEDIATRICA  
DEL HOSPITAL GENERAL C.M. " LA RAZA "  
I.M.S.S.**

**COLABORADOR :**

**DR. JOSE GUILLERMO FERRER ALVAREZ .  
RESIDENTE DEL TERCER AÑO DE PEDIATRIA MEDICA .**

Dios nos ha dado una capacidad  
Infinita de amar .

Y tú me la enseñaste a descubrirla  
en cada instante compartido .

Para siempre :

Araceli .

Te dedico esta tesis.

A mis padres :

Por haberme dado la oportunidad

de conocer personas importantes

al haber nacido .

y ser los amantes de mi vida .

Somos cuatro y somos uno

porque siempre hemos

estado unidos , en los

infortunios y en las alegrías

Gracias :Luise, Pepe y Toño .

A mí tía Carmen .

Por estar siempre a nuestro  
lado en las buenas y en las  
malas.

A mis sobrinas :

que aunque pequeñas ya son parte  
de uno.

A todas aquellas personas  
que han compartido mi vida y en  
ocasiones tendido la mano  
gracias.

**Gracias Dra. Martha S. Aguilar M.**

**Sin su ayuda no hubiese**

**sido posible realizar esta tesis.**

**A mis amigos y compañeros :**

**Soy muy afortunado por haberlos**

**conocido , no los olvidare.**

**A mis maestros :**

**Va que son un aliciente para seguir  
superandonos .**

**A nuestros niños :**

**Sin el estar conviviendo con ellos  
sus momentos de alegrías y tristezas ,  
no hubiese sido posible aprender  
tanto de ellos , no solo  
a nivel médico ; sino más  
bien a nivel humano .**



## INDICE

	Página .
Objetivo . . . . .	2
Antecedentes Científico . . . . .	3
Planteamiento del Problema . . . . .	6
Hipótesis . . . . .	7
Tipo de Estudio . . . . .	9
Material y Metodos . . . . .	10
Análisis Estadístico . . . . .	12
Resultados . . . . .	15
Discusión . . . . .	13
Conclusiones . . . . .	22
Sugerencias . . . . .	23
Bibliografía . . . . .	34

**OBJETIVO :**

Conocer el índice de sobrevida que tienen los pacientes con diagnóstico de Rabdomiosarcoma ; que son manejados en el Servicio de Oncología Pediátrica; del Hospital General del Centro Médico " La Raza ".

#### ANTECEDENTES CIENTIFICOS :

El Rbdomiosarcoma (RMS) es un tumor maligno que se origina del mesenquima embrionario; se incluye en el grupo de neoplasias con el termino " Sarcomas de tejido blando " (1).

Puede originarse en cualquier parte del cuerpo y tiende a diseminarse tempranamente en el curso de la enfermedad. La descripción primaria del rbdomiosarcoma fué realizada por Weber en 1854. (2).

Ocupa el séptimo lugar de las neoplasias malignas en la niñez (3) -- siendo más frecuente en el sexo masculino y predomina en el grupo de edad de 1 a 4 años (1,2,3).

El rbdomiosarcoma se asocia a etiología viral; sin tener resultados satisfactorios ; la asociación se ha observado en familias en donde el carcinoma de mama es prevalente ; ó bien en niños con rbdomiosarcoma , tienen un incremento en la frecuencia de otros tipos de sarcomas de tejidos blandos; neoplasias del SNC y carcinomas adrenocorticales ; datos basados en los resultados de el "Intergroup Rbdomyosarcoma Study "(IRS).(1,2,3,4,5).

En 1958 Horn y Enterline trazaron el criterio histológico de la subdivisión de la neoplasia (2) , en: alveolar, embrionario ( que incluye botriolide), mixto y pleomórfico.

El tipo histológico predominante es el embrionario (2,3), encontrandose en más del 80 % de los tumores del tracto urinario ; que es la localización más frecuente de las neoplasias primarias (2,3,6).

Los signos y síntomas que se presentan en el rhabdomioma dependen de la variedad del tipo histológico ; del sitio y de la extensión de la neoplasia . En ocasiones no presentan manifestaciones , hasta que se detecta la masa tumoral ; el estudio más importante para el diagnóstico es el histopatológico. Con la ayuda de técnicas de imagen para la determinación de la extensión de la tumoración.

Para su mejor comprensión y estudio se han estadificado por grupos -- donde se considera la extensión de la masa tumoral; afección de tejidos vecinos; si ha sido resecado completamente ó bien si hay evidencias microscópicas de neoplasia ; así como , si hay metástasis (1,3). La IRS estableció la extensión tumoral en base a la patología; tanto este punto; como conocer el tipo histopatológico de la neoplasia, son importantes para elegir que manejo se proporcionara.

Los manejos que se han dado, ha tenido variaciones; en 1959 D'Angio y colaboradores notaron el efecto sinérgico de la actinomicina D y la radiación sobre el rhabdomioma (5). Mientras que Meanwhile, Pinkel y Pinckren sugirieron un programa coordinado con cirugía, radiación postoperatoria y quimioterapia; posterior a la resección tumoral (6). Se han combinado las drogas de quimioterapia en programas para incrementar su efectividad y como ejemplos tenemos al esquema de VAC (Vincristina, Actinomicina D y Ciclofosfamida) ó bien VAC + Adriamicina ; (1,2,3,7,9) los períodos de manejo van de 12 a 18 meses.

Se han estipulado estrategias de manejo de acuerdo al grupo de estadificación que tenga la enfermedad en el momento del diagnóstico. Se reporta una mortalidad de (1.56/millón/año durante 1960-1966), (5).

El IRS en su reporte final refiere (2,3,4,5,9,10,11) para los pacientes del Grupo I se reportaron 80 % de sobrevida; en los pacientes del Grupo II 72 % y 65 % de sobrevida de acuerdo al esquema de manejo : -

Grupo III y IV fué de 69 % y 50 % respectivamente (2,3).

La sobrevida reportada en el Centro Médico Nacional en 1987 fué de --  
74.3 % a 5 años con el esquema de VAC.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .

El Rbdomiosarcoma es un tumor común; que ocupa el séptimo lugar de las neoplasias malignas en la niñez (5).

En el Servicio de Oncología Pediátrica se desconoce la respuesta al tratamiento en los pacientes con rbdomiosarcoma; con el protocolo de manejo que se lleva a cabo en este Servicio.

Surge la inquietud de conocer si el tratamiento que se da tienen los mismos resultados de sobrevida, que lo reportado en la literatura ; - por lo que decidimos realizar este estudio, que nos permite conocer - el índice de sobrevida en los niños con diagnóstico de Rbdomiosarcoma.

**HIPOTESIS ALTERNA (H1)**

La sobrevida que se obtiene en los niños con rhabdomyosarcoma, que son tratados con el protocolo del Servicio de Oncología Pediátrica del -- Hospital General del Centro Médico "La Raza" I.M.S.S. ; tienen diferente respuesta a la reportada en la literatura médica.

**HIPOTESIS NULA (Ho) .**

La Sobrevida que se obtiene en los niños con rhabdomyosarcoma, que son tratados con el protocolo del Servicio de Oncología Pediátrica del -- Hospital General del C.M. "La Raza" I.M.S.S. tienen la misma respuesta que la reportada en la literatura médica.

**VARIABLES :**

**INDEPENDIENTES :** -Tipo de población que acude al Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital General C.M. "La Raza"

-Tienen diagnóstico de Rbdomiosarcoma.

**DEPENDIENTES :** -Sobrevida libre de enfermedad.

-Sobrevida total.



**TIPO DE ESTUDIO :**

**El presente estudio es observacional , analítico , retrospectivo y transversal**

## MATERIAL Y METODOS .

- El presente estudio se realizó en pacientes tratados en el Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital General del Centro Médico " La Raza " ; I.M.S.S.
- Teniendo como diagnóstico histopatológico de rhabdomyosarcoma .
- Los que fueron detectados y controlados en el periodo del 1o. de -- Noviembre de 1985 al 31 de Octubre de 1991.
- Se investigaron por medio de la Forma 4-30-6/90 los nombres y cédula de afiliación de los pacientes con Dx de rhabdomyosarcoma siendo manejados en el Servicio de Oncología Pediátrica .
- Se recabaron los datos por medio del expediente clínico ; que se -- encontraron en el archivo clínico ó bien con los familiares de los pacientes .
- La información obtenida fueron: edad del paciente al momento del -- diagnóstico; fecha de inicio de la enfermedad; reporte del estudio histopatológico; estudios de extensión: fecha y sitio de recaídas; esquema de tratamiento ; estado actual del paciente y fecha de su -- último control; para lo que se utilizó hoja de captación de datos ( se anexa la forma).
- Se obtuvo la sobrevida entre estadios .
- Se hicieron comparaciones del índice de sobrevida obtenida con lo -- reportado en la literatura médica.

**CRITERIOS DE INCLUSION .**

- Pacientes de uno y otro sexo .
- Edad: hasta los 16 años .
- Con Dx histopatológico de rhabdomioma .
- Controlados en el Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital General del C.M. "La Raza" IMSS .

**CRITERIOS DE NO INCLUSION .**

- Pacientes mayores de 16 años .
- Con diferente Dx histopatológico que rhabdomioma .
- Pacientes manejados en otra Institución del IMSS, que no es el Servicio de Oncología Pediátrica del H.G. C.M. "La Raza"

**CRITERIOS DE EXCLUSION .**

- Pacientes que durante su manejo se haya detectado que tienen diferente Dx histopatológico que rhabdomioma .
- Que no se encuentre el expediente .

**ANALISIS ESTADISTICO .**

**Para los datos epidemiológicos se utilizarón la estadística descriptiva ; para el indice de sobrevida las curvas de sobrevida de Kaplan y Meier .**

**Para las diferencias entre curvas de sobrevida la prueba de Haenzel -  
- Mantell .**

#### CONSIDERACIONES ETICAS .

En el presente estudio no se requirio el permiso de los padres de los niños , ya que no se modifico el manejo establecido .

#### RECURSOS HUMANOS .

- 1 Médico adscrito al Servicio ( investigador responsable ) .
- 1 Médico residente del tercer año de Pediatría Médica (colaborador) quien se encargo de seleccionar a los pacientes, obtuvo la información necesaria , para su análisis y comparación .

#### RECURSOS MATERIALES .

- Forma 4-30-6/90 .
- Expediente clínico .
- Hoja de captación de datos .

#### FINANCIAMIENTO .

La investigación fué autofinanciable , dentro del Hospital se conto - con los recursos necesarios para la obtención de información , procesamiento y análisis de datos .

**CRONOGRAMA DE TRABAJO .**

- Elaboración del protocolo            15 días .
- Selección de pacientes ,  
  recolección de datos .            30 días .
- Análisis de resultados y  
  conclusiones .            30 días .
- Publicación .            15 días .

**DIFUSION .**

Los resultados del presente estudio se utilizaron para tesis a fin de obtener el Título de Pediatría Médica .

## RESULTADOS .

En el presente estudio se investigarán 39 pacientes en total , encontrándose 34 -- expedientes , los restantes fueron de pacientes que continuarán su vigilancia y -- manejo en otro Hospital . 6 bien sus expedientes no se encontrarán .

De estos 34 pacientes , solo 28 niños cumplieron con los criterios de inclusión ; en los restantes durante su manejo se les detectó diferente diagnóstico histopatológico que rhabdomyosarcoma .

De los 28 pacientes estudiados se encontró predominio en el sexo masculino , siendo 15 pacientes hombres (53.5 % ) , mientras que en el sexo femenino fueron 13 pacientes (46.5 % ) , teniendo una relación de 1.5 : 1 en favor del sexo masculino . (Gráfica No. 1).

En cuanto al predominio por grupos de edad , se observó que de 1 a 4 años fueron 13 pacientes (46.4 % ) ; siendo del sexo masculino los que predominan teniendo el -- 32.1 % ; el grupo de edad que le siguió fué el de 10 a 14 años , siendo 8 pacientes (28.5 % ) , en este grupo de edad fué más frecuente el sexo femenino con 21.4% ( 6 mujeres ). En tercer lugar se encontró el grupo de 5 a 9 años fueron 5 pacientes con un 17.9 % , teniendo predominio el sexo femenino con un 10.7% ( 3 niñas ) ; en -- tanto en el grupo de menores de 1 año así como en el grupo de 15 años ó más , se encontró un paciente en cada uno de ellos siendo los dos del sexo masculino con -- un 3.6% (Gráfica No. 2).

De acuerdo a la localización del sitio primario del tumor se encontró en primer -- lugar el genitourinario observándose en 7 pacientes con un 28 % ; en segundo lugar se encontrarán tres sitios , con 4 pacientes cada uno de ellos para un porcentaje

del 16 % , estos sitios son ; cabeza y cuello , retroperitoneo y parameningeo .  
Le siguen el de extremidades con 3 pacientes (12 %) , despues tronco con 2 pacien-  
tes (8 %) y por último el de orbita con un paciente (4 %) ; no se reportan el sitio -  
en 3 pacientes . (Tabla No. 1).

En el tipo histológico se encontró que el embrionario predominó , observandose en  
13 pacientes (54.2 %) , en el que se incluyó el tipo botroide , este se observó en -  
un solo paciente ; en segundo lugar se encontró el tipo alveolar que se observó en  
4 pacientes ( 16.5 %) , misma cifra se vió en el tipo mixto ; en el último lugar se --  
encontró el pleomorfo con 3 pacientes (12.5 %) , el total de resultados histopato-  
lógicos que obtuvimos fué de 24 pacientes (100 %) .(Gráfica No. 3).

Los estadios clínicos que se encontraron fueron en 27 pacientes , en un paciente -  
no se especifico el estadio ; se encontró que los estadios avanzados son los más -  
frecuentes y en primer lugar se encontró al estadio III reportandose en 18 pacien-  
tes (64.2 %) , siguiendo el estadio IV con 5 pacientes (17.8 %) , en tercer lugar el -  
el estadio I con 3 pacientes (10.7 %) y por último el estadio clínico II en un pacien-  
te (3.5 %) .(Gráfica No. 4 ) .

Los pacientes recibieron diversos tipos de manejo , en primera instancia se realizó  
tome de biopsia , para el estudio histopatológico y ser catalogados como rhabdomio-  
sarcoma : de los 28 pacientes del estudio , se realizó en 9 pacientes resección --  
parcial ó total del tumor siendo el 39 % .

En nueve pacientes (39% ) recibieron manejo con radioterapia , el cual se llevó a -  
cabo conjuntamente con quimioterapia con monodroga .

Se administró quimioterapia en 27 de los 28 pacientes del estudio , el esquema de --  
VAC se administró en 10 pacientes ( 37.5 %) , el esquema de VAC + EPI ó Adriamicina  
se administró en 9 pacientes (32.1 %) . Se utilizarón esquemas en forma alterna co-  
mo plan integral el esquema VAC + EPI / CIS Platino se administró en 3 pacientes -  
(10.3 %) y uno más que posteriormente por recaída se cambio de quimioterapia , se  
administraron esquemas de segunda elección cuando hubo evidencia de recaídas , -



después de utilizar el de primera elección VAC ó VAC + EPI ó Adriamicina ó esquemas alternos ya mencionados; VP 16 + CDDP se administró en un paciente (3.5 %) , - otro esquema de quimioterapia utilizado fué CIVADIC se administró en dos pacientes (7.0 %) ; en tres pacientes no se pudo especificar el esquema de quimioterapia administrado dando un porcentaje de 10.3 % . (Tabla No.2 ) .

Con los esquemas mencionados se obtuvieron los siguientes resultados de sobrevida en los 28 pacientes con rhabdomyosarcoma ; un paciente falleció a los 8 días de haberse hecho el diagnóstico era un estadio clínico IV , este se excluyó para los resultados de sobrevida. La sobrevida total para los pacientes fué de 88 % a los 3 meses , posteriormente del 66 % a los 12 meses , y a los 23 meses del 59 % , que se continua hasta los 94 meses . (Gráfica No. 5).

La sobrevida libre de enfermedad fué del 87 % a los 4 meses , despues del 66 % a los 12 meses , del 60 % a los 17 meses , disminuyendo al 49 % a los 23 meses y por último del 29 % a los 33 meses , hasta los 64 meses (Gráfica No.6 ) .

La sobrevida libre de enfermedad entre la primera y segunda recaída fué del 83% a los 2 meses , a los 4 meses del 73 % , por último del 58 % a los 9 meses , que se continúa hasta los 33 meses el seguimiento (Gráfica No. 7 ) .

Cabe mencionar que por obvio de tiempo no se calculó la sobrevida libre de enfermedad , ni la sobrevida total por estadíos los cuales se realizarán posteriormente para publicación .

## DISCUSION .

El objetivo principal de este estudio fué el conocer el comportamiento que ha tenido el tumor de rhabdomiosarcoma en los niños manejados en el Servicio de Oncología Pediátrica ; además de conocer el tratamiento que se llevó a cabo y sobre todo conocer la sobrevivencia que han tenido los niños con rhabdomiosarcoma , con los manejos referidos .

Los resultados que obtuvimos en nuestro estudio se compararon con los resultados reportados por el " The Intergroup Rhabdomyosarcoma Study - I en su reporte final " (4).

En primera instancia se observó un predominio en el sexo masculino con una relación de 1.5 : 1 en comparación con el sexo femenino , -- resultado similar se reporta en la literatura médica 1.4 : 1 .

La frecuencia por grupos de edad se observó que el de 1 a 4 años -- fué el que predominó en nuestro estudio y fué del 46.3 % , este -- predominio también es reportado en la literatura médica con un 34 % aunque nuestra cifra es mayor , en segundo lugar en frecuencia se -- encontró en nuestro estudio el de 10 a 14 años con un 28.5 % en -- cambio en la literatura en segundo lugar se encuentra el grupo de -- 5 a 9 años con un 25 % ; en tercer lugar en nuestro estudio también difiere con lo reportado en la literatura médica , en el nuestro -- fué el grupo de 5 a 9 años y lo reportado en la literatura médica -- en el grupo de 10 a 14 años .

El sitio primario del tumor en nuestro estudio obtuvimos que en -- primer lugar se encontró el genitourinario siendo el 28 % , por 21 % que es la cifra que se reporta en la literatura médica este sitio es el que también se menciona como más frecuente ; en segundo lugar

en nuestro estudio se encontrarón tres sitios el de cabeza y cuello, el parameningeo y el de retroperitoneo con un 16 % cada uno de ellos , en cambio en la literatura en segundo lugar se reporta el de extremidades con un 20 % , siguiendole el parameningeo y despues el de cabeza y cuello con un 14 % Y 13 % respectivamente ; y en sexto lugar reportan al de retroperitoneo en el 3 %.

El tipo histológico más frecuente en nuestro estudio fué el embrionario se observó en 54.5 % de los pacientes , aquí se incluyó el tipo botroide , este es similar a lo que se ha reportado en la literatura siendo en ella del 56 % , y sumando el tipo botroide alcanza el 61 % ; en segundo lugar en nuestro estudio fué el tipo alveolar teniendo la misma frecuencia que el mixto , con un 16.5 % cada uno , en la literatura médica se encuentra el alveolar en un 20 % , cifra que es mayor que en nuestro estudio , por último en nuestro estudio fué el pleomorfo en un 12.5 % resultado mayor que lo reportado siendo esta del 1% .

En cuanto a los estadios clínicos obtenidos en base al estudio histopatológico así como a la extensión de la enfermedad obtuvimos que los estadios avanzados fueron los mas frecuentes ; teniendo el primer lugar el estadio III con un 64.2 % , en segundo lugar el estadio IV con un 17.8 % , en tercer lugar el estadio I con 10.7 % en cuarto lugar el estadio II con 3.5 % ; en la literatura médica en primer lugar tambien se encuentra el estadio III con un 40.1 % , siendo muy inferior a nuestro resultado. En segundo lugar reportan al estadio II con un 25.5 % , en tercer lugar al estadio IV con un 18.8 % y en último lugar al estadio I , con 14.7 % ; como se observa hay una importante diferencia , ya que en segundo lugar ellos tienen uno de los estadios iniciales ; y en cifras el único que se semejan son los estadios IV siendo la cifra de lo reportado en la literatura médica ligeramente superior.

Los esquemas de manejo que se dieron a nuestros pacientes tuvieron como punto de partida el resultado del estudio histopatológico donde se Dx rhabdomyosarcoma , y conocer el estadio clínico , mediante la posibilidad de resección parcial ó total del tumor , y posteriormente iniciar manejo con esquema de quimioterapia de primera elección como es el esquema de VAC , ó bien VAC + EPI ó Adriamicina , y como se comento en la discusión de acuerdo a la evolución clínica del paciente se determino si se daba esquema alterno, ó bien si presentaban recaídas introducir un nuevo esquema de quimioterapia. En cambio en el estudio de la IRS en su reporte final (4); ellos evaluarón varios tipos de esquemas de acuerdo al estadio clínico -- que presentaban los pacientes. Con estas diferencias en el manejo que se dio a los se obtuvieron la sobrevida que tiene que ver en primera el estadio clínico el Diagnóstico, de la evolución clínica que tenga, si tuvo ó no recaídas , y el manejo que se haya dado.

La sobrevida total que obtuvimos no la sacamos por estadio clínico, sino fué global siendo de 59 % a los 23 meses , en cambio lo reportado en la literatura médica lo tienen por estadios clínicos a 5 años fué en el estadio I de 93 % y 81 % de acuerdo al esquema de manejo que utilizarón ; en el estadio II fué de aproximadamente 72 % , para el estadio III fué de 52 % y en el estadio IV tuvo la peor sobrevida siendo del 32 % al año , y a los 2 años del 17 % , teniendo una sobrevida global a 5 años del 55 %, que es muy superior a lo que obtuvimos en nuestro estudio, esto puede ser debido principalmente a que en nuestro estudio los estadios clínicos avanzados fueron los que predominarón.

La sobrevida libre de enfermedad que obtuvimos fué del 29 % a los 33 meses , en cambio en la literatura médica en el estadio I fué del 80 % ; en el estadio II del -

72 y 65 % , de acuerdo al esquema de manejo ; en el estadio III del 44 % aproxima--  
mente , y del 17 % aproximadamente en el estadio IV ; estos resultados también --  
son superiores a nuestros resultados .

A continuación se llevan a cabo conclusiones tomando en cuenta que esta es un --  
estudio piloto que requiere del estudio de mayor número de pacientes.

## CONCLUSIONES .

El Rbdomiosarcoma es una neoplasia maligna frecuente en la edad --  
pediátrica que se observa predominio del sexo masculino .

El grupo de edad en que más frecuentemente se observa es de 1 a 4 -  
años .

El tipo histológico más frecuente es el embrionario .

El sitio primario del tumos que predominó en nuestro estudio fué el  
genitourinario .

Los estadios clínicos avanzados son los que predominarán en nuestro  
estudio .

La sobrevida total y la sobrevida libre de enfermedad se vierón in-  
fluenciados por la mayor fr5ecuencia de estadios avanzados teniendo  
cifras muy por debajo de lo reportadop en la literatura médica .

Los esquemas de manejo que se utilizan en el Servicio de Oncología  
es similar a lo reportado en la literatura médica .

**SUGERENCIAS .**

**Se sugiere que se realice otros estudios similares con un tiempo mayor de seguimiento .**

**Que se incremente el número de pacientes estudiados .**

**Como el archivo clínico es un apoyo importante se debiera mejorar .**

Tabla No. 1 Localización del sitio  
primario del tumor .

Localización del tumor	No. de pacientes	%
Orbita	1	4
Cabeza y cuello	4	16
Tronco	2	8
Extremidades	3	12
Genitourinario	7	28
Intratorácico	0	0
G.I. e Hígado	0	0
Parameningeo	4	16
Retroperitoneo	4	16
Otros	0	0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>



Tabla No. 2 Quimioterapia utilizada en 28 pacientes con rhabdomyosarcoma.

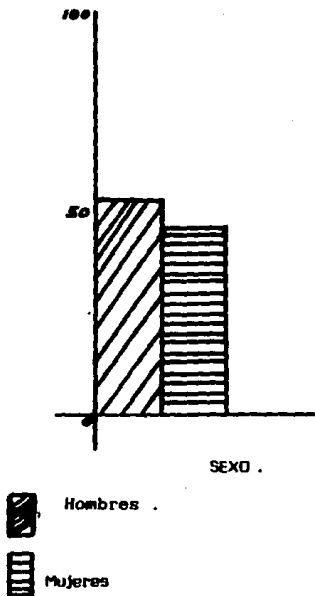
Esquema de manejo	No. de pacientes	%
VAC	10	35.7
VAC + EPI o Adriamicina	9	32.1
VAC // VP 16 + CDDP	1	3.5
VAC + Adria // CIVADIC	1	3.5
VAC / CIS PLATINO // CIVADIC	1	3.5
VAC + EPI / CIS PLATINO	3	10.3
NO ESPECIFICADO	3	10.3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>

/Esquemas utilizados en forma alterna como plan integral.  
Inicial  
 // Esquema utilizado cuando existe recaída.

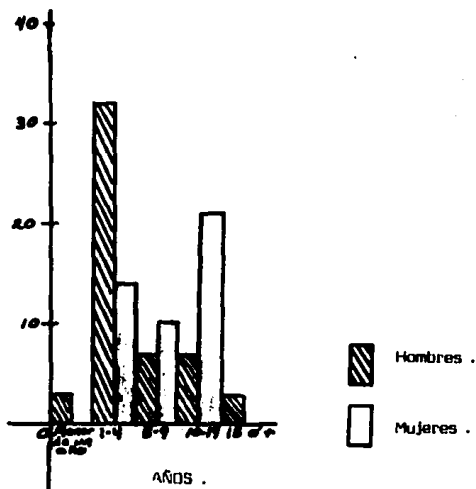
\* Quimioterapia intratecal ( Mtx + HCS ) en el tipo parameningeo.

\*\* Nueve pacientes recibieron radioterapia ( 32.1 % ).

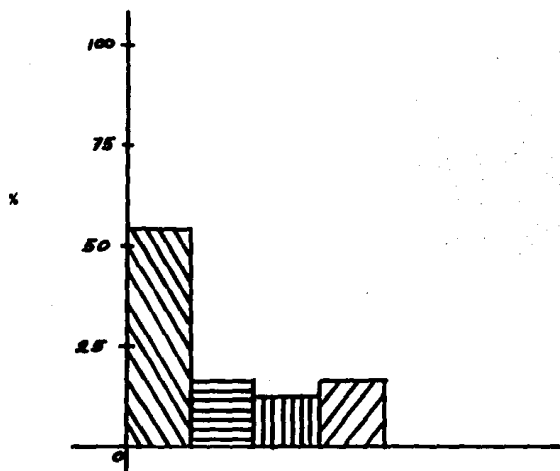
Gráfica No. 1 Distribución por sexo de los  
29 pacientes con Dx de Rhabdomiocoma .



Gráfica No. 2 Distribución de los 23 pacientes  
con rhabdomyosarcoma , de acuerdo edad y sexo .



Gráfica No. 3 Distribución del tipo histológico en  
24 pacientes con Rabdomyosarcoma .



▨ Embryonario .

■ Alveolar .

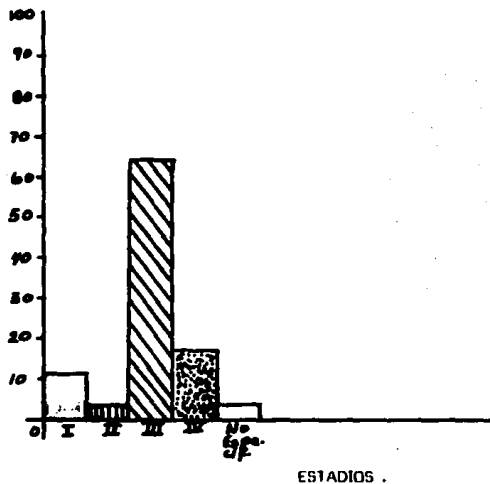
▤ Pleomorfo .

▧ Mixto .

TIPO HISTOLOGICO .

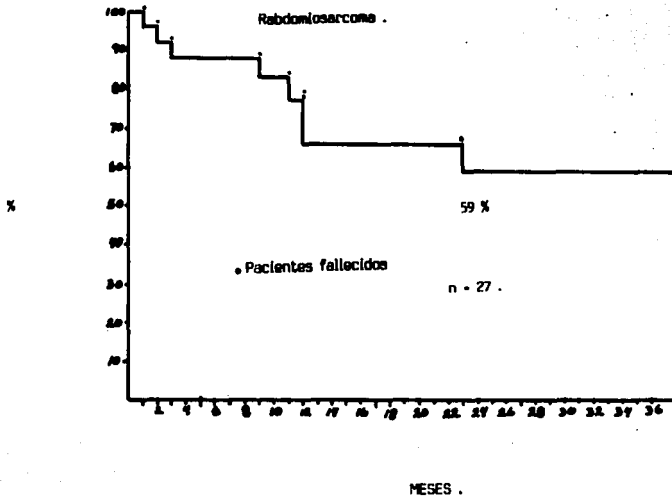
\* El tipo botroide se incluyó en el embrionario.

Gráfica No.4 Distribución por estadios de 20 pacientes con Rbdomiosarcoma .

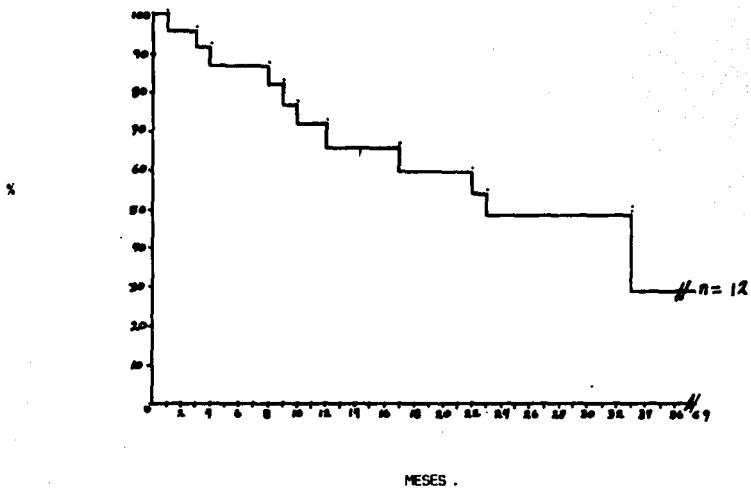


Gráfica No. 5 Sobrevida total en 27 pacientes con

Rabdomiosarcoma .

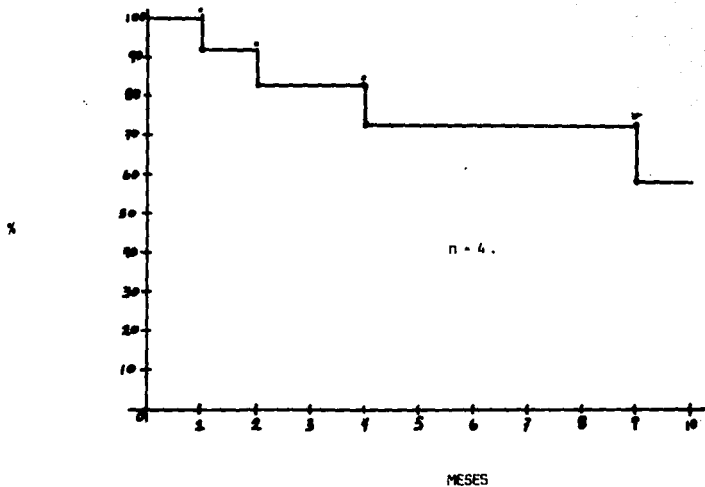


Gráfica No. 6 Sobrevida libre de enfermedad en 27 pacientes con Rhabdiosarcoma



• . Pacientes con recaída .

Gráfica No. 7 Sobrevida libre de enfermedad entre la primera y segunda recaída , en 27 pacientes con Rabdomyosarcoma .



. Pacientes con recaída



HOJA DE CAPTACION DE DATOS  
DE RABDOMIOSARCOMA .

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Patol \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_  
CEDULA IMSS \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
FECHA DE DX HP \_\_\_\_\_ ESTADIO AL DX \_\_\_\_\_  
FECHA DE MC \_\_\_\_\_ VARIEDAD HP \_\_\_\_\_  
SITIO DE RECAIDA 1 \_\_\_\_\_ FECHA RECAIDA 1 \_\_\_\_\_  
SITIO DE RECAIDA 2 \_\_\_\_\_ FECHA RECAIDA 2 \_\_\_\_\_  
SITIO RECAIDA 3 \_\_\_\_\_ FECHA RECAIDA 3 \_\_\_\_\_  
FECHA DEL ULTIMO CONTROL \_\_\_\_\_ CONSULTA ( ) INTERNAMIENTO ( )  
ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE (QT) (RT) (VIG) (DEFUNCION) (PERDIDO )  
FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_ RESUMEN DEL TRATAMIENTO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Sutow WW, Sullivan MP, Ried HL, Taylor H, Griffith KM. Prognosis - in childhood rhabdomyosarcoma .Cancer 1970; 25: 1384 - 1390 .
- 2.- Pinkel D, Pinckren J. Rhabdomyosarcoma in children. JAMA 1961 ; - 175: 293 - 298 .
- 3.- Maurer HM, Moon T, Donaldson M. et al. The Intergroup Rhabdomyo-- sarcoma Study: A preliminary report. Cancer 1977; 40: 2015 - 2026.
- 4.- Maurer HM, Beltangady M, Gehan E, et al. The Intergroup Rhabdomyo-- sarcoma Study: I. A final report .Cancer 1980 ; 61: 209 - 220 .
- 5.- Ghavimi F, Exelby P, D'Angio G, et al. Multidisciplinary treatment of embryonal rhabdomyosarcoma in children . Cancer 1975; 35: 677- 686 .
- 6.- Flamant R, Hill C. The improvement in survival associated with -- combined chemotherapy in childhood rhabdomyosarcoma : A historical comparison of 354 patients in the same center . Cancer 1984; 53 : 2417 - 2421 .
- 7.- Hays DM, Shimada H, Tefft M, et al. Clinical staging and treatment results in rhabdomyosarcoma of the female genital tract among -- children and adolescents . Cancer 1988; 1993 - 1903 .
- 3.- Loughlin KR, Retik AB , Weinstein H et al. Genitourinary Rhabdo-- myosarcoma in children . Cancer 1939 ; 63: 1600 - 1606 .
- 9.- Ghavimi F, Mandell R, Heller G, et al . Prognosis in Childhood -- rhabdomyosarcoma of the extremity. Cancer ; 1989 : 2233 - 2237 .
- 10.- Nesbit M. Advances and management of solid tumor in children . - Cancer 1990; 65: 696 - 702 .

- 11.- Rooser B, Attewell R, Berg N, Rydholm A. Prognostication in Soft tissue sarcoma . Cancer , 1988; 61: 817 - 823
- 12.- Raney RB, Ragab A, Ruymann FB, et al. Soft - tissue sarcoma of - the trunk in childhood . Results of the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study. Cancer , 1982; 49: 2612 - 2616 .
- 13.- Kingston JE, Mc Elwain TJ, Malpas JS. Childhood rhabdomyosarcoma Experience of the children's solid tumor group. Br J Cancer ,1983; 43: 195 - 207 .
- 14.- Akhtar M, Bakri Y, Rank F. Dysgerminoma of the Ovary with rhabdomyosarcoma : report of a case . Cancer ,1989; 64: 2309 - 2312 .
- 15.- Sutow W, Lindberg R, Gehan E, Ragab A. et al. Three year relapse - free survival rates in childhood rhabdomyosarcoma of the head -- and neck; report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study. Cancer, 1982; 49: 2217 - 2221 .
- 16.- Treuner J, Suder J, Keim M, Kaatsch P, Niethammer D. The predictive value of initial cytostatic response in primary unresectable rhabdomyosarcoma in children . Acta Oncol ,1989 ; 28: 67 - 72