

tencia, aseguradoras...) costes reales de asistencia, actualizados anualmente.

9. Crear una red asistencial de media y larga estancia para enfermos crónicos, aprovechando infraestructuras ya existentes en Ayuntamientos, Diputaciones..., dejando los hospitales para los procesos agudos⁽²⁾.

10. Implicar al médico en la gestión de su hospital o centro de salud, informándole, escuchando sus opiniones, restaurando su autoridad sobre el equipo asistencial, y dejándole de considerar extraño, ajeno o enemigo del sistema⁽²⁾.

El médico ha demostrado en tiempos bien difíciles profesionalidad y abnegación^(3,4). Integrándole realmente en el sistema, y no aislándole, participará con ilusión y conocimiento en objetivos asistenciales, docentes y de racionalización del gasto.

A los políticos y gestores les corresponderá matizar y estructurar las propuestas anteriores u otras, fijando las excepciones en los casos de los sectores sociales con menores recursos.

Lo que no parece lógico es que un sistema público, casi gratuito, pueda funcionar en el futuro de forma similar a una empresa privada, si a los pacientes y a los profesionales, ejecutivos del sistema, no se les hace partícipes de sus aspectos económicos.

Bibliografía

- 1 Labay Matías M. La medicina actual: ¿la servidumbre del miedo? *An Esp Pediatr* 1994;**41**:59-60.
- 2 Labay Matías M, de Miguel Pardo C, Valero Adán MT, Martín Calama J, Buñuel Álvarez JC, Valle Sánchez F. ¿Y aún quieren más? *An Esp Pediatr* 1992;**36**:405-406.
- 3 Labay Matías M, Valero Adán MT, de Miguel Pardo C, Valle Sánchez F, Martín Calama J, Buñuel Álvarez JC. Las guardias médicas de pediatría en los hospitales: Un grave problema actual que requiere solución urgente. *An Esp Pediatr* 1991;**34**:328-330.
- 4 Labay Matías M, de Miguel Pardo C, Valero Adán MT, Buñuel Álvarez JC, Martín Calama J, Valle Sánchez F. Asistencia oculta en un Servicio de Pediatría. *An Esp Pediatr* 1994;**40**:386-387.

M.R. del Val Río, N. Báez del Toro,
C. Ereño Zárate¹, J.M. Indiano Arce

An Esp Pediatr 1996;**44**:80-82.

Oligodendroglioma en la edad pediátrica: presentación de un caso

Sr. Director:

Los tumores intracraneales son una patología neoplásica frecuente en la edad pediátrica; representan aproximadamente el 16-20% de todas las neoplasias por debajo de los 15 años de edad.

Dentro de los tumores primitivos intracraneales, los oligodendrogliomas son poco frecuentes (2-5% de los tumores del sistema nervioso central)⁽¹⁻⁴⁾. Tienen una evolución lenta, por lo que habitualmente se diagnostican en la edad adulta, entre la cuarta y quinta décadas de la vida^(1-3,5). Afectan por igual a ambos sexos y esporádicamente pueden aparecer en el niño⁽²⁻⁴⁾.

Observación clínica

Niña de 3 años y 4 meses de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta por cuadro de 4 días de evolución iniciado con claudicación de extremidad inferior

derecha, asociando en las últimas 24 horas dificultad para movilizar el brazo derecho; caídas más frecuentes y cefalea ocasional de poca intensidad en la última semana. Diez días antes del inicio de los síntomas había sufrido traumatismo occipital leve.

En la exploración física presenta peso, talla y constantes vitales dentro de los límites normales para su edad. Se encuentra afebril, los signos meníngeos son negativos y las pupilas isocóricas y normorreactivas; se observa discreta claudicación de extremidad inferior derecha con la marcha; disminución de la fuerza y movilidad de los dedos de extremidad superior derecha, pie derecho en extensión, con movilidad pasiva y reflejos osteotendinosos normales; actitud del pie izquierdo en flexión con reflejos osteotendinosos exaltados. El resto de la exploración física por órganos y aparatos es normal.

Entre los exámenes complementarios destaca la radiografía simple de cráneo en la que se observa un aumento de densidad de calota en zona frontoparietal izquierda. El EEG muestra una alteración difusa de mediana intensidad sin signos de focalidad. En la TAC craneal se aprecia una masa quística de localización frontoparietal izquierda, que se realiza tras la administración de contraste, con una gran calcificación de aspecto

Unidad de Oncología, Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Basurto. Universidad del País Vasco. (UPV/EHU).
Correspondencia: Dra. M.R. del Val Río
Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Avda. de Montevideo, 18.
48013 Bilbao.

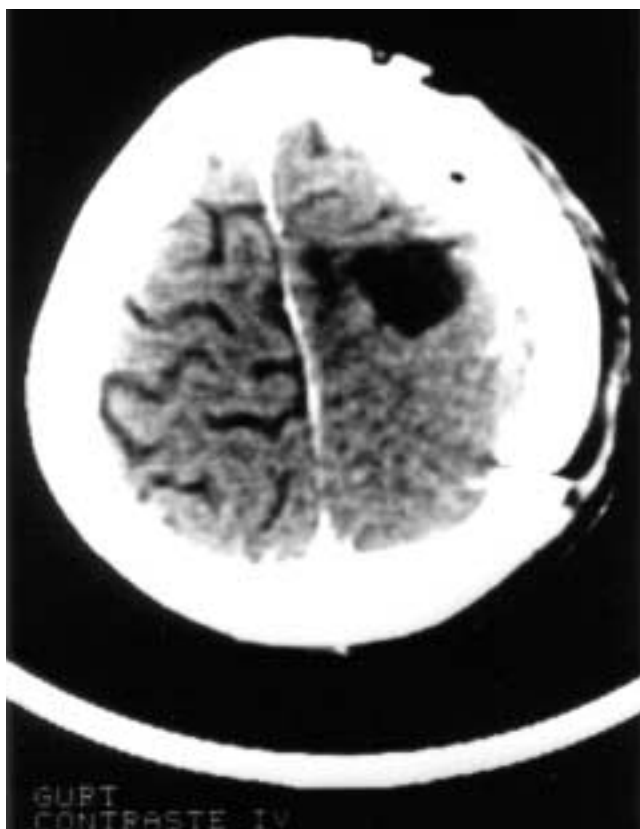


Figura 1. TAC craneal con contraste i.v.: se aprecia una masa quística frontoparietal izquierda, con un polo sólido nodular que se realza tras administración de contraste y presenta una gran calcificación de aspecto grosero.

grosero (Fig. 1). Se practica intervención quirúrgica, apreciándose una tumoración con un componente avascular duro y otro muy vascularizado de coloración rojo vinosa y consistencia carnosa. Se efectúa exéresis completa de la misma. El estudio anatomopatológico de la pieza confirma que se trata de un oligodendroglioma (Fig. 2), con signos de agresividad: necrosis, mitosis y gran densidad celular. La paciente ha recibido posteriormente radioterapia fraccionada, administrándose una dosis total de 5.400 cGy (180 cGy/dosis/6 semanas). En la evolución posterior se consigue una recuperación completa de las funciones del aparato locomotor con tratamiento rehabilitador.

Comentarios

El interés de este caso radica en la rareza del oligodendroglioma en la edad pediátrica.

Estos tumores tienden a localizarse en los hemisferios cerebrales⁽¹⁻⁶⁾, sobre todo en el lóbulo frontal (51% de casos), lóbulo temporal y parietal (18-20%); con menor frecuencia pueden aparecer en la línea media (lóbulo occipital y cerebelo). Sus formas de presentación más frecuentes son convulsiones^(1-4,6,7), cefaleas, debilidad focal, trastornos de conducta y pérdida de adquisiciones. Los síntomas de hipertensión intracraneal se ven en

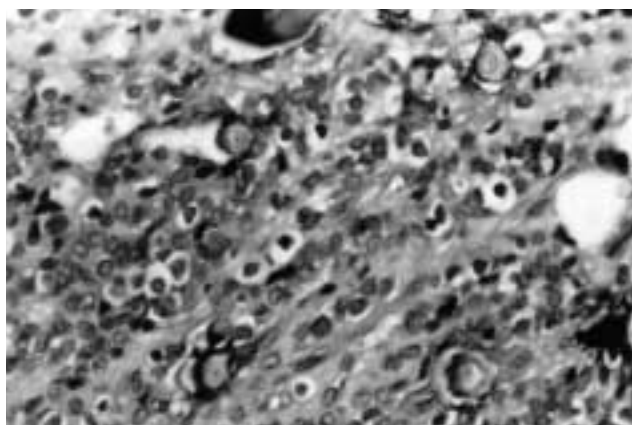


Figura 2. H.E. 40 x. Detalle celular. Calcosferitas.

más de la mitad de los casos, pero sólo en un 25% son la primera manifestación^(2,4,6,7). Debido a la poca especificidad de la clínica, el diagnóstico se demora, con un intervalo medio de 3 a 6 meses desde la aparición de los primeros síntomas^(1-4,6,7).

Los oligodendrogliomas presentan calcificaciones en el 50% de los casos^(1-3,8). Es esencial el empleo de técnicas de imagen (Rx, TAC y RNM)^(2,4,6-8), aunque el diagnóstico definitivo es siempre anatomopatológico^(9,10).

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. Existe controversia sobre la utilización de radioterapia después de la cirugía. La actitud terapéutica más aceptada en la actualidad es la siguiente: pacientes en edad pediátrica con tumor de bajo grado y exéresis quirúrgica completa, no precisan tratamiento adicional; en los demás casos se recomienda la utilización de radioterapia postquirúrgica. Las dosis aconsejadas oscilan entre 5.040 cGy y 6.480 cGy, fraccionadas en 180 cGy por sesión^(1-3,7). No hay datos concluyentes que indiquen que la utilización de dosis mayores sea más eficaz⁽²⁾.

En casos aislados se ha empleado quimioterapia adicional, con agentes alquilantes, BCNU, CCNU, sin que su utilización vaya asociada a mejor respuesta^(1,3).

En cuanto al pronóstico, el factor de mayor significación es el grado del tumor. Factores que se asocian a mayor supervivencia son: edad menor de 20 años, localización frontal o parietal, presencia de calcificaciones, ausencia de captación de contraste en la TAC, resección total del tumor y empleo de dosis de radioterapia superiores a 5.000 cGy^(1-3,5,7).

La supervivencia media de los pacientes con oligodendroglioma calculada desde la intervención quirúrgica es de 7,2 años. La supervivencia global a 5, 10 y 15 años es de un 58, 37 y 24% de los pacientes, respectivamente^(1-3,7). Las recidivas de estos tumores son locales y cuando se producen, la supervivencia media es de un 40% al año y del 24% a los 2 años.

Bibliografía

- 1 Shaw EG, Scheithauer BW, O'Fallon JR, Tazelaar HD, Davis DH. Oligodendrogliomas: the Mayo Clinic experience. *J Neurosurg*

- 1992;**76**:428-434.
- 2 Shimizu HT, Tran LM, Mark RS, Selch MT. Management of oligodendrogliomas. *Radiology* 1993;**186**:569-572.
 - 3 Shaw EG, Scheithauer BW, O'Fallon JR, Davis DH. Mixed oligoastrocytomas: a survival and prognostic factor analysis. *Neurosurgery* 1994;**34**:577-582.
 - 4 Tice H, Barnes PD, Goumnerova L, Scott RM, Tarbell NS. Pediatric and adolescent oligodendrogliomas. *AJNR* 1993;**14**:1293-1300.
 - 5 Kros JM, Pieterman H, Van Eden CG, Avezaat CJ. Oligodendroglioma: the Rotterdam-Dijkzigt experience. *Neurosurgery* 1994;**34**:959-966.
 - 6 Sjors K, Blennow G, Lantz G. Seizures as the presenting symptom of brain tumors in children. *Acta Paediatr* 1993;**82**:66-70.
 - 7 Devaux BC, O'Fallon JR, Kelly PJ. Resection, biopsy and survival in malignant glial neoplasms. A retrospective study of clinical parameters, therapy and outcome. *J Neurosurg* 1993;**78**:767-775.
 - 8 Tsuchiya K, Makita K, Furui S, Nitta K. MRI appearances of calcified regions within intracranial tumors. *Neuroradiology* 1993;**35**:341-344.
 - 9 Smith MT, Ludwig CL, Godfrey AD, Armbrustmacher VW. Grading of oligodendrogliomas. *Cancer* 1983;**52**:2107-2114.
 - 10 Kros JM, Troost D, van Eden CG, van der Werf AJM, Vylings HBM. Oligodendroglioma: a comparison between two grading systems. *Cancer* 1988;**61**:2251-2259.

D. Morabito, M. Collell Pasqués,
M.G. Elena, S. Giordanino

An Esp Pediatr 1996;**44**:82-83.

¿Puede el trasplante de médula ósea cambiar la evolución estatural del paciente β -talasémico?

Sr. Director:

La valoración auxológica permite, además del seguimiento de patologías típicamente auxológicas, el control de la evolución auxológica en enfermedades crónicas como la talasemia β , aportando información sobre la eficacia del tratamiento empleado⁽¹⁾. Aunque ya hace más de 10 años que se efectúa el trasplante de médula ósea (TMO) como terapia de la talasemia β , existen pocos estudios sobre su efecto en la evolución auxológica de estos pacientes⁽²⁾. Se ha efectuado en nuestro centro un estudio con el fin de evaluar cuál es la evolución estatural de dichos pacientes tras 4,5 años de trasplante, valorar si el crecimiento estaba afectado o no por la aparición de complicaciones inherentes al trasplante y valorar cuáles son las expectativas de crecimiento en el período posterior al trasplante teniendo en cuenta la talla diana.

El grupo de pacientes estudiado estaba formado por 19 pacientes con talasemia β (5 niñas y 14 niños) de edad cronológica en el momento del trasplante entre 5 y 16 años, seguidos en el Centro Microcitometría de nuestro hospital, todos prepúberes en el momento del TMO. Cada 6 meses se determinó la estatura, mediante un estadiómetro Harpenden, el peso y los estadios puberales según metodología de Tanner⁽³⁾. Además, se calculó el SDS (standard deviation score) de la estatura según la fórmula

de Karlberg⁽⁴⁾, utilizando como población de referencia la inglesa⁽⁵⁾, para cada paciente se calculó la talla diana y su SDS. Los pacientes fueron subdivididos en tres grupos según la edad cronológica en el momento del TMO: antes de los 10 años de edad, entre los 10 y los 14 años de edad y después de los 14 años de edad. Asimismo, se analizaron los datos según la talla diana, obteniendo cuatro grupos de pacientes.

En el grupo de pacientes que fueron trasplantados antes de los 10 años de edad se observó una reducción del crecimiento estatural a los 1,5-2 años del TMO en aquellos individuos que presentaron una reacción GHVD (graft versus host disease) que requirió terapia corticoesteroides e inmunosupresora. Al final del período de observación, estos pacientes no presentaron nunca una recuperación total de su crecimiento y su SDS de talla fue inferior a la que tenían en el período pretrasplante. No fue posible establecer si esta situación se debía a la GHVD misma o a la terapia farmacológica utilizada. Los pacientes que presentaban una biopsia hepática con grave hemosiderosis manifestaron una pérdida de percentil de estatura tras el TMO. Este hecho podría deberse a una reducción de la secreción de IGF-1, o ser consecuencia de la siderosis hepática que es un índice de daño sistémico por el acúmulo de hierro. En todos los pacientes trasplantados entre los 10 y los 14 años de edad excepto uno, tras el período de estudio, el percentil de estatura resultó inferior al inicial; tal situación se puede explicar por la falta o el retardo en la pubertad. De hecho el único paciente en que no se observó tal evolución fue el que presentó una pubertad normal. EL 75% de pacientes trasplantados a edad superior a los 14

Centro de Auxología. Ospedale Infantile Regina Margherita. Azienda Ospedaliera Materno-Infantile OIRM-Sant'Anna. Torino, Italia.
Correspondencia: Centro Auxología
Ospedale Infantile Regina Margherita. Azienda Ospedaliera Materno-Infantile OIRM-Sant'Anna. Piazza Polonia, 94. 101126 Torino. Italia.