

Neoplasias neonatales: experiencia de un centro

Sr. Editor:

Hemos leído el artículo, publicado en su revista, *Neoplasias neonatales: experiencia de un centro*, de R. López Almaraz et al¹ y nos gustaría realizar los siguientes comentarios.

Felicitar a los autores por los siguientes aspectos: *a)* esta revisión, a pesar de ser una serie reducida, constituye la forma más habitual de mantener una vigilancia de fenómenos clínicos poco frecuentes, como son los tumores neonatales; *b)* abarcar estrictamente el período neonatal, permitiendo comparar con otras casuísticas y evitando la dispersión de casos más allá del primer mes de vida; *c)* utilizar criterios histológicos para su clasificación en vez de usar criterios de benignidad o malignidad, y *d)* por la excelente supervivencia obtenida, superior a otras series nacionales² e internacionales³⁻⁵.

Al mismo tiempo, queremos matizar los siguientes aspectos:

Recomendamos mejorar la semántica, para evitar malinterpretaciones. La palabra neoplasia en sentido genérico define a cualquier tejido patológico que sustituye al normal, pero estrictamente es sinónima de tumor maligno. Es preferible usar tumor neonatal en vez de neoplasia neonatal, ya que incluso los diagnósticos anatomopatológicos, en este período de vida, no indican generalmente el comportamiento benigno o maligno de cada variedad tumoral^{6,7}.

Nos llama la atención que en todas las publicaciones sobre tumores neonatales, los autores los describan como tumores "muy poco frecuentes". El período neonatal, incluso excluyendo a los tumores diagnosticados prenatalmente, constituye la etapa de la vida pediátrica en la que se diagnostican mayor número de tumores. Por ejemplo, en la casuística descrita, sobre 260 tumores en menores de 14 años, 16 son neonatales (6,1%). Si repartimos los restantes 244 casos entre los 167 meses restantes, entre el segundo mes y los 14 años, vemos que el promedio mensual es de 1,5 casos (0,58%). También sucede lo mismo en el Registro Nacional de Tumores Infantiles (período 1980-2004): en el primer mes de vida se diagnostican 431 casos (3%) y en los res-

tantes meses 14,422, correspondiendo a un promedio mensual de 86,4 casos (0,6%).

Los tumores sólidos localizados presentan un excelente pronóstico y la quimioterapia genera peores efectos secundarios a corto, medio y largo plazo, que en épocas pediátricas posteriores. La quimioterapia está limitada por las características fisiológicas del recién nacido, que deben conocerse para elegir las dosis y vía de administración de los diversos fármacos citostáticos. La absorción, biotransformación y excreción de estos fármacos, son diferentes a las de otras edades. Por ello se recomienda extremar la cautela y no administrarla en los tumores neonatales completamente extirpados⁶⁻⁸. No entendemos su utilización en los pacientes diagnosticados de fibrosarcoma y hemangiopericitoma, e incluso en el neuroblastoma estadio II con resección parcial a no ser que presentara marcadores biológicos desfavorables¹.

Finalmente, queremos destacar que en la mayoría de las publicaciones referentes a tumores neonatales no se registran los posibles factores de riesgo asociados, genético-constitucionales y sobre todo ambientales. Consideramos que el conocimiento y la obtención de los factores de riesgo implicados en su etiopatogenia, plantean la necesidad de conseguir una detallada historia medioambiental en cada paciente diagnosticado. Su desarrollo e implementación, constituyen uno de los principales objetivos de las Unidades de Salud Medioambiental Pediátrica. Avanzar en esta dirección nos permitirá mejorar la calidad asistencial de los supervivientes de la enfermedad y conocer, en un futuro no muy lejano, las probables causas de los TN para lograr su prevención⁸⁻¹⁰.

**O. Berbel Tornero^{a,b}, J. Ferrís i Tortajada^{a,c}
y J.A. Ortega García^d**

^aUnidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Universitario La Fe. Valencia.

^bCentro de Salud de Chella. Valencia. ^cSección de Oncología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Universitario La Fe. Valencia. ^dUnidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Correspondencia: Dr. O. Berbel Tornero.

Centro de Salud de Chella.

Pintor Pallás, 1. 46821 Valencia. España.

Correo electrónico: oberbel@ono.com; berbel_oct@gva.es

BIBLIOGRAFÍA

1. López Almaraz R, Villafruela Álvarez C, Rodríguez Luis J, Doménech Martínez E. Neoplasias neonatales: experiencia de un centro. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65:529-35.
2. Berbel Tornero O, Ferrís i Tortajada J, Donat Colomer J, Ortega García JA, Muñoz Guillén A. Tumores neonatales: características clínicas y terapéuticas. Análisis de 72 casos del Hospital La Fe de Valencia. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65:108-17.
3. Moore SW, Satgé D, Sasco AJ, Zimmermann A, Plaschkes J. The epidemiology of neonatal tumours. Report of an international working group. *Pediatr Surg Int*. 2003;19:509-19.

4. Crom DB, Wilimas JA, Green AA, Pratt CB, Jenkins II JJ, Behm FG. Malignancy in the neonate. *Med Pediatr Oncol.* 1989;17: 101-4.
5. Parkes SE, Muir KR, Southern L, Cameron AH, Path FRC, Darbyshire PJ et al. Neonatal tumors: A thirty-year population-based study. *Med Pediatr Oncol.* 1994;22:309-17.
6. Isaacs H Jr. Tumors of the fetus and newborn. En: Livolsi VA, editor. *Majors problems in pathology series.* Vol. 35. Philadelphia: WB Saunders Company; 1997.
7. Isaacs H Jr. Tumors of the fetus and infant. An atlas. 1ª ed. New York: Springer-Verlag; 2002.
8. Berbel Tornero O. Tumores neonatales. Factores epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y evolutivos. Valencia, 2004. Tesis Doctoral publicada formato CD-Rom. ISBN: 84-370-1324-0. Disponible en: <http://www.tdx.cesca.es/TDX-0518105-153729/>
9. Berbel Tornero O, Ferrís i Tortajada J, Donat Colomer J, Ortega García JA. Factores de riesgo asociados a los tumores neonatales. Experiencia de la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica (PEHSU-Valencia). *An Pediatr (Barc).* 2006;64: 439-48.
10. Satgé D, Sascó AJ, Little J. Antenatal therapeutic drug exposure and fetal/neonatal tumours: review of 89 cases. *Paediatr Perinatol Epidemiol.* 1998;12:84-117.