

## Programas de atención para anomalías vasculares en España. ¿Cuándo?

J.C. López Gutiérrez

Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 355)

La incidencia de las anomalías vasculares (hemangiomas y malformaciones vasculares congénitas) es elevadísima. El hemangioma es el tumor más frecuente en la infancia y su heterogeneidad y potencial de producir complicaciones hacen que sea motivo frecuente de consulta en los primeros meses de vida. Las malformaciones vasculares congénitas pueden ser muy diversas (arteriales, venosas, capilares, linfáticas y mixtas) pero todas tienen junto a los hemangiomas un arranque biológico común que se resume en una palabra: angiogénesis.

Este fenómeno encierra probablemente gran parte de los secretos de crecimiento tumoral y, por ello, supondrá sin duda una de las mayores expectativas terapéuticas futuras frente al cáncer.

Desde 1982 la clasificación de estos trastornos es de consenso mundial, más clara, concreta y práctica que las precedentes, y es revisada bianualmente por la International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA). Esta sociedad científica se fundó en 1992 en un esfuerzo de reunir y consensuar a todos los especialistas de distintas ramas de la medicina en contacto con estos problemas (pediatras, dermatólogos, radiólogos vasculares, cirujanos pediátricos, plásticos y vasculares, patólogos, biólogos moleculares y genetistas, entre otros).

Todo el caudal de información tan diverso y heterogéneo que se genera tenía que ser vehiculado con el fin de aprovecharlo en un objetivo común: la mejoría en el conocimiento de la etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con anomalías vasculares.

Estos niños, descritos hace años por Mulliken como los "pacientes nómadas", iban visitando uno por uno a los distintos especialistas en función de la localización de las lesiones, repercusión sobre órganos y sistemas, obteniendo de cada uno de ellos opiniones dispares o contrarias, sometiéndose a pruebas costosas, invasivas y frecuentemente innecesarias, que por último se traducían en ningún rendimiento terapéutico y nula mejoría clínica. Desgraciadamente, ésta es la actual situación de este inmenso grupo de pacientes en España.

La falta de conciencia multidisciplinaria y las incomodidades y dificultades que la creación de estos grupos encuentra en los mejores hospitales de nuestro país por falta

de apoyo oficial provoca que muchos de estos pacientes, que no tienen curación posible, encuentren trabas burocráticas y científicas para conseguir un tratamiento adecuado. Un programa de atención para anomalías vasculares es relativamente sencillo de crear. Pediatra, dermatólogo, cirujano, radiólogo y patólogo deben reunirse de 2 a 4 veces al mes para tipificar la anomalía vascular detectada y establecer un protocolo terapéutico generalmente individualizado. Estados Unidos, Francia, Alemania, Reino Unido, Bélgica y Holanda, entre otros países, han desarrollado programas similares cuyo rendimiento en pocos años ha superado las expectativas más optimistas. La ISSVA multiplica continuamente el número de afiliados y sus congresos reúnen en cada edición mayor número de especialistas.

Por ejemplo, los hemangiomas de gran tamaño son frecuentemente subcutáneos, siendo difícilmente distinguibles de malformaciones linfático-venosas y, sin embargo, su tratamiento es completamente distinto. En estos casos la determinación de anticuerpos monoclonales GLUT-1 y el estudio de la densidad vascular en eco-Doppler (dos pruebas mínimamente invasivas) nos permitirían en unas horas tener certeza diagnóstica, antes de instaurar tratamiento antiangiogénico con esteroides sistémicos o interferón  $A_2b$  y programar una intervención quirúrgica innecesaria, con las implicaciones psicológicas que tiene la información a los padres de un recién nacido con una malformación de este tipo.

No todos los angiomas regresionan espontáneamente. ¿Cuándo es efectiva la terapia con esteroides intralesionales? ¿Cuándo es útil el láser pulsado? ¿Qué malformaciones asociadas deben buscarse? ¿Es mejor el tratamiento quirúrgico de las malformaciones linfáticas o su esclerosis con alcohol, fibrina u OK-432? ¿Cuándo hace falta de verdad una angiografía? ¿Quién debe hacerse cargo de un niño con síndrome de Klipper-Trenaunay grave cuya pierna va creciendo progresivamente durante el resto de su vida?

Las respuestas a estas preguntas no las puede tener una sola persona. Estamos ante un vasto campo de conocimiento que debe implicar a varios especialistas en el seno de un equipo entusiasta que otorgue soluciones reales, definitivas o paliativas a un grupo numeroso de niños que simplemente se lo merecen.

**Correspondencia:** Dr. J.C. López Gutiérrez.  
Unidad de Cirugía Plástica Pediátrica.  
Hospital Infantil La Paz. P.º de la Castellana, 261. 28046 Madrid.

Recibido en julio de 2000

Aceptado para su publicación en julio de 2000