

### Comprensión de los padres del diagnóstico de su hijo luego de la visita a la guardia.

(Parent's understanding of their child diagnosis after a visit to the emergency department)

Berera G, Berkowitz C, Lewis R. (Harbor UCLA)  
Abstracts of the Ambulatory Pediatric Association.  
*AJDC* 146 (4): 473-474, 1992.

Durante 2 semanas 159 padres de niños atendidos en Emergencia fueron entrevistados a la salida del área, para determinar que recordaban del diagnóstico, de la medicación indicada y del seguimiento futuro. Se excluyeron pacientes con problemas idiomáticos, los accidentados, aquellos con abuso sexual o trastornos psiquiátricos. El 75% de los padres que habían recibido un solo diagnóstico lo recordaban, pero sólo el 55% de aquellos que habían recibido múltiples diagnósticos. Si recibieron una medicación el 33% la recordaba y de éstos sólo el 51% sabía la forma de suministrarla. Si recibieron múltiples específicos, sólo el 13% podía recordarlos y el 10% sabía como administrarlos. Entre los padres que recibieron una sola fecha para un control futuro, 58% podía recordar el día y el lugar. Sólo el 16% de los que recibieron múltiples citas podían recordarlas. Esto demuestra que los padres recuerdan aceptablemente el diagnóstico, pero tienen dificultades en retener los datos referidos a la medicación indicada y las citas futuras para el control en caso de recibir indicaciones múltiples.

F. Heinen

### Evaluación prospectiva del manejo de las "monedas en el esófago".

(A prospective evaluation of esophageal coin management)  
Baker MD, Avner JR, Handler S. (Children's Hospital of Philadelphia)

Abstracts of the Ambulatory Pediatric Association.  
*AJDC* 146 (4): 518, 1992.

En un período de 2 años en el H. de Philadelphia se registraron 123 niños con monedas deglutidas. En 73 ésta estaba ubicada en el esófago. En 34 estaba en la entrada del tórax, en 2 a nivel del arco aórtico y en 17 en el cardias. En 45 pacientes la conducta fue solamente la observación y el control con Rx reiteradas a las 24 h. En 51% de los casos la moneda había progresado y no requirieron endoscopia. La conclusión es que en los pacientes asintomáticos, la endoscopia no es siempre necesaria para las monedas ubicadas en el esófago.

F. Heinen.

### Midazolam (Dormicum®) intranasal como adyuvante de la sutura en niños pequeños.

(Intranasal Midazolam as an adjunct to suturing small children)

West D, Theroux M, Corrdry D, Hyde P, Cronan K, Bacharach S. Abstracts of the Ambulatory Pediatric Association. *AJDC* 146 (4): 495, 1992.

En un estudio randomizado en 50 niños menores de 5 años (edad media de 34 meses) que debían ser suturados por heridas menores, se planeó el uso previo al procedimiento de Midazolam intranasal (0,4 mg/kg). Se compararon los resultados con un grupo placebo que recibió solución fisiológica intranasal y un grupo control que no recibió nada por esa vía. Los grupos eran comparables en edad, magnitud y duración de la sutura. Todos los pacientes recibieron anestesia local con lidocaína. En todos se registró la fre-

cuencia cardíaca (FC) y respiratoria (FR), la saturación tisular de O<sub>2</sub> y la tensión arterial. La tolerancia fue medida en una escala de 1 a 4 según los movimientos y el llanto. No se encontraron diferencias entre el grupo placebo y control. En el grupo con Midazolam el incremento en la FC y FR fue 74%, significativamente menor (p<0,005), así como la valoración del score de llanto (p<0,035). El score de movimientos también fue menor, casi en cifras significativas (p<0,05). La conclusión es que el Midazolam intranasal es útil como adyuvante de la anestesia local, para la sutura en niños pequeños.

F. Heinen.

### Estudio intergrupar de Rbdomiosarcoma: resultados preliminares.

(Intergrupar Rbdomiosarcoma Study [IRS] Preliminary Reports of the Major Results)

Ragab A, Sehan E, Maurer H, Ortega J, Wiener E, Newton W, Wharam W, Morris-Jones P, for the IRS Committee of CCG, POG & UKCCSC, Emory Univ., Atlanta, Georgia, USA.

Entre 1984 y 1991 se ingresaron 1065 pacientes al estudio IRS III. El tratamiento consistió en combinación de 2-7 drogas, radioterapia en todos a excepción del Grupo 1 con histología favorable y cirugía de "second look" para valorar la respuesta y detectar recidiva o tumor residual, y necesidad de intensificar la quimioterapia.

A los 3 años la sobrevida global fue del 75% y la sobrevida sin enfermedad de 67% (PFS: Progression Free Survival). Esto es superior al IRS II en el cual eran de 67% y 58% respectivamente. Sin embargo hubo una variación en el grupo de pacientes: en el IRS III el 39% de los pacientes estaban en Grupo 1 y 2, mientras que en el IRS II era de 30%.

El mayor avance registrado en el IRS III está en los pacientes del Grupo 3 con tumores de vejiga/próstata que tuvieron un PFS del 79% vs. 58% en el IRS II y la posibilidad de evitar la resección vesical a los 3 años, ascendió a 59% desde 25% en el IRS II.

Los pacientes del Grupo 3 en general (excluyendo los tumores de cabeza y órbita) mejoraron a 65-70% el PFS desde 55% en el IRS II. Los pacientes con tumores parameningeos aumentaron su PFS a 80% desde un 72% en el IRS II.

Los pacientes del Grupo 1 y 2 tuvieron una evolución similar en ambos estudios y los pacientes del Grupo 4 evolucionaron mal, con un PFS de 30%.

Las conclusiones fueron: la intensificación de la QT mejoró la evolución en el Grupo 3 con recidiva o residuo tumoral comprobado; 2) la radioterapia mejoró la evolución y el índice de salvación de la vejiga en los pacientes con tumores de vejiga/próstata; 3) los tumores parameningeos sin extensión craneal, no requieren radioterapia cerebral total; 4) la cirugía de second-look tiene un rol importante en los pacientes del Grupo 2.

(Traducción textual del resumen presentado en ASCO 1992)

F. Heinen

### Laparoscopia en testículos no palpables: experiencia con 53 testículos.

(Laparoscopy for the impalpable Testes: Experience with 53 Testes)

Heiss K, Shandling B. (HISC Toronto, Canadá)  
*J Pediatr Surg* 27:175-179, 1992.

La laparoscopia permite localizar o determinar la ausencia de un testículo no palpable. Entre 1986 y 1991 se realizó

laparoscopia en 53 pacientes de 4,5 años de edad promedio, con un testículo no palpable. Se monitoreó el flujo y la presión del CO<sub>2</sub> intraperitoneal (menor de 20 mmHg) y se controlaron los gases en sangre durante el procedimiento. Los pacientes fueron egresados el mismo día. En 32 se encontraron los vasos espermáticos y el conducto deferente normales, entrando en el orificio interno inguinal. Realizada la exploración inguinal inmediata, se asumió que en 14 el testículo no existía, en 6 se encontraron restos fibrosos y en 12 el testículo ubicado en el canal inguinal fue descendido. En 6 pacientes no se encontró estructura testicular ni vascular compatible y/o seminatación ciega del deferente y no se realizó exploración quirúrgica.

En total, en el 50% de los testículos no palpables (26 pacientes), este era inexistente. En 15 pacientes el testículo fue visto en el abdomen y se procedió a la ligadura alta de los vasos por una incisión abdominal extraperitoneal. Se planeó la orquidopexia 6 meses después, tiempo en el que se asumió que aumenta el flujo por los vasos deferenciales. En la cirugía se tuvo cuidado de no disecar el gubernáculo y preservar los vasos deferenciales. La cirugía fue exitosa en 10 pacientes y con pobre resultado en 3.

Al comienzo de la serie un paciente presentó peritonitis por contaminación, pero luego no se registraron complicaciones. La laparoscopia es segura y permite el diagnóstico de presencia y ubicación del testículo no palpable (como ocurre en 20% de los testículos no descendidos), evitando la exploración innecesaria en caso de ausencia testicular y favoreciendo la planificación de la orquidopexia, en caso de detectar el testículo. Los autores aceptan que la ligadura de los vasos espermáticos puede también hacerse por laparoscopia.

El procedimiento es más confiable que la ecografía y la TAC en la localización de testículos intrabdominales.

F. Heinen

### Medición del volumen testicular en adolescentes con varicocele

(Testicular volume assessment in the adolescent with a varicocele)

Costabile R.A., Skoog S., Radovich M.: *The Journal of Urology* Vol.147 p 1348-1350,1992

Desde hace tiempo se asocia al varicocele con infertilidad. Existe controversia en cuanto a los criterios para el tratamiento quirúrgico del varicocele asintomático del adolescente. La diferencia de tamaño entre ambos testículos, es frecuentemente utilizada como parámetro de indicación quirúrgica. Sin embargo hay mucha dispersión entre la diferencia de volumen a tener en cuenta para indicar el tratamiento (0,5 cc<sup>3</sup> a 5 cc<sup>3</sup> para distintos autores). A esto se agrega la dificultad de medir en forma exacta el volumen testicular. En una población de 22 varones de 9 a 19 años con varicocele, se realizó una medición comparativa del volumen de ambos testículos con ecografía y el orquímetro de Prader. Ecográficamente el volumen se determinó usando la siguiente fórmula:  $V(cc^3) = [(Anteroposterior) \times (Transverso) \times (Longitudinal) \times 0,52]$ . La eficacia de la ecografía fue evaluada con mediciones "a ciegas" de modelos con volúmenes conocidos, presentando un error máximo de 1,6 cc<sup>3</sup>. Se determinó una diferencia de volumen testicular de más de 2 cc<sup>3</sup> como parámetro indicador de falta de desarrollo testicular para decidir la cirugía. Los autores encontraron mucho margen de error al utilizar el método de Prader por lo que aconsejan utilizarlo sólo como método de evaluación inicial en el consultorio. En cambio hallaron gran eficacia en la medición ecográfica para determinar diferencias de volúmenes mayores a 2 cc<sup>3</sup>. Sugieren efectuar por lo menos 2 mediciones con 6 meses de intervalo antes de recomendar la cirugía.

También aconsejan utilizar el método para evaluar la evolución postoperatoria en estos pacientes.

M. Martínez Ferro

### Tumores malignos de ovario en la infancia y adolescencia.

(Ovarian cancer in children and adolescents)

Muram D., Gale C., Thomson E., Marina N.  
*Adolesc Pediatr Gynecol* 5:21-26, 1992.

Cuarenta y seis pacientes con tumores malignos ováricos fueron tratadas en el hospital pediátrico St. Jude desde 1963 hasta 1988. La edad promedio en el momento del diagnóstico fue 10,8 años (22 meses-17 años). Cuarenta y tres pacientes (91,6%) presentaron tumores germinales. La distribución por estadios (FIGO) fue: 18p E1; 4 E1; 15 E1 y 9 EIV. La sobrevida global fue 69,6%. Todos los pacientes con E1 sobrevivieron, independientemente del tipo de tumor y la modalidad terapéutica. Los índices de sobrevida de los estadios II-III y IV fueron de 50-60% y 11% respectivamente. El tipo histológico afectó la evolución: 90-100% de sobrevida en los disgerminomas y tumores germinales mixtos; 64% en los teratomas inmaduros y 50% en los tumores del seno endodermal. Esta serie demuestra la importancia del diagnóstico precoz en los tumores germinales de ovario.

M. Bailez

### Alteraciones neoplásicas en las gónadas de pacientes portadores de estados intersexuales y cromosoma "y"

(Preinvasive and malignant changes in the gonads of children and a chromosome)

Muller J., Skakkebaek. *Presented ant the Xth World Congress of Pediatric and Adolescent Gynecology, paris, May, 21-23, 1992. Adolesc Pediatr Gynecol* 5:127, 1992 (abstract).

Los pacientes portadores de estados intersexuales y un cromosoma "y", presentan mayor riesgo de desarrollar un tumor germinal maligno durante la vida adulta. Una condición premaligna (carcinoma in situ (CIS) o gonadoblastoma) puede estar presente en la infancia, pero aún es controvertida la gonadectomía antes del desarrollo puberal completo. Se analizan las gónadas de 31 pacientes cuyas edades oscilan entre 0 y 20 años portadores de 46 xy disgenesia gonadal; mosaicismo 45x/46xy e insensibilidad a andrógenos (AIS) para determinar la frecuencia de estados premalignos. En todos los casos, las gónadas habían sido extirpadas en forma profiláctica.

La frecuencia de condiciones preneoplásicas fue de 75% (9/12) en pacientes con disgenesia gonadal y 37% (7/19) en individuos con AIS. A pesar de que la historia natural de las neoplasias preinvasivas en estos pacientes no se conoce, se concluye que la gonadectomía profiláctica precoz estará indicada en los portadores de disgenesia gonadal y genitales ambiguos o femeninos así como en el paciente con AIS. En pacientes con mosaicismo y fenotipo masculino, se sugiere una biopsia para detectar CIS. El tratamiento del CIS podrá postponerse hasta más allá de la pubertad.

M. Bailez