

EL ESTUDIO POSTMORTEN EN PEDIATRIA

Dr. Ricardo Drut.

El tema de la realización de necropsias en general y en pediatría en particular, aparece en forma recurrente, reactualizando una toma de conciencia de la importancia del examen postmortem. Sin embargo además de ser importante (por razones diversas, algunas de las cuales se explican más abajo), el redescubrimiento de la práctica de necropsias va de la mano paradójicamente con el descenso de su número. Esta curiosa situación es más evidente en los países desarrollados y en las áreas "desarrolladas" de los países subdesarrollados¹⁻⁶ a pesar de que existen recomendaciones específicas y protocolos estandarizados para su realización^{7,8}. La práctica sistemática de necropsias es casi inexistente en el subdesarrollo y las que se hacen son caricaturas de lo que deben ser. Al paso que vamos esta situación puede surgir en nuestro medio en la medida que no se requieran (y paguen) los servicios de patólogos capacitados para extraer toda la información posible de este estudio.

La realización de una necropsia pediátrica se rige por los mismos principios que la de adultos; la validez de sus resultados depende directamente de la integración del análisis de los hallazgos con los datos de la historia clínica, incluidos el laboratorio y los estudios de imágenes. Para ello es necesario entrenarse: haciendo necropsias durante la residencia en Anatomía Patológica y discutiendo los hallazgos con los pediatras. La formación se resiente si el número de necropsias disminuye.

La necropsia individual da validez y claridad al

diagnóstico clínico y a la causa de la muerte (cuántos Certificados de Defunción son "dibujados"). Asimismo, es un reaseguro para los familiares y puede aportar información para consejo genético y reproductivo. El análisis de grupos de necropsias puede servir, entre otros ejemplos, para detectar efectos adversos del medio ambiente, errores o morbilidad vinculables a nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento^{3,9} o patologías específicas¹⁰. También es posible establecer gradaciones en el error de diagnóstico clínico (discordancia clínico-patológica) basados en la importancia relativa de los hallazgos en relación a la predicción de sobrevida^{3,5-7,11,12} y comparaciones de la "aceptabilidad" de la necropsia de acuerdo a la circunstancias en que se generó su indicación¹³.

Este tipo de análisis suele ser más útil tomando series específicas de necropsias (recién nacidos, postoperatorios, lactantes, oncológicos, urgencias etc)^{3,9,11,12,14-18}.

La utilidad de la necropsia, en estos tiempos, está por supuesto considerada en el contexto de costo-beneficio. La necropsia será tanto más beneficiosa cuanto más "indicada" esté. Por ello se han de establecer parámetros para indicar su realización. Este tipo de selección no es una práctica común en nuestro medio y requiere de cierta "evolución" médico-institucional.

El costo del estudio postmortem está a su vez vinculado a la complejidad que se le pretende dar. Además de la evisceración, es posible obtener muestras para estudios microbiológicos, genéticos, metabólicos y de biología molecular. El material obtenido en el estudio postmortem puede ser procesa-

Anatomopatólogo, Director Asociado.
Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica" – La Plata

do en forma rutinaria (como las biopsias) o requerir estudios auxiliares tales como histoquímica enzimática, inmunohistoquímica, microscopía electrónica, secciones para estudiar el sistema de conducción cardíaco, técnicas específicas de neuropatología, entre otras. Cada uno de estos estudios agrega costos; sin embargo ellos no son necesarios en la mayoría de los casos.

La realización de necropsias requiere dos partes comprometidas: el médico que la indica y el que la realiza o toma a su cargo el diagnóstico final. Del primero se espera la decisión basada en el convencimiento de la utilidad de la misma: para ello debe ser un pediatra adecuadamente formado, capaz de entender el fenómeno biológico de la enfermedad en todo su significado (personal, familiar, social). Del patólogo se espera un análisis adecuado, rápido y comprometido y una síntesis de los hallazgos, inteligible para el primero y el resto de la comunidad. Si ambos trabajan en la misma institución, ésta debiera valorizar la información obtenida, aprender y tomar decisiones en base a los hallazgos de necropsias, utilizando los datos de todas las maneras posibles: induciendo cambios de normas o modificaciones en los tratamientos; para la docencia; para obtener respaldo jurídico y en forma general para favorecer el avance del conocimiento científico.

Si las partes no están preparadas para asumir las responsabilidades que les competen es mejor no intentar siquiera proponer un programa³ que mejore el promedio de casos sometidos a este estudio. La práctica de las necropsias es una manifestación del promedio cultural de una sociedad y refleja la necesidad de querer saber de qué se enferman y mueren sus miembros de manera racional. Es imposible considerar que la misma pueda imponerse a través de una norma o que resulte de la actividad única de los patólogos (aunque sí tenemos la

gran responsabilidad de llamar la atención sobre el tema). La Sociedad Argentina de Patología (quizás también la Sociedad Argentina de Pediatría; curiosamente las dos con la misma sigla "SAP"), estructura que reúne a los especialistas, puede y debe coordinar esfuerzos en ese sentido. Es interesante señalar que otras sociedades científicas similares, alertadas sobre el problema, ya han tomado medidas para promover la práctica creando sesiones especiales sobre patología de necropsias. En una reciente comunicación sobre las 50.000 necropsias realizadas en 109 años en el prestigioso Johns Hopkins Hospital los autores concluyen: "Las necropsias son costosas en su realización, pero su práctica puede continuar realizando importantes contribuciones a la educación médica y la ciencia médica siempre y cuando tengan disponibles un adecuado apoyo financiero y profesional"¹⁹.

REFERENCIAS

1. Baker PB, Zarbo RJ, Hawanitz PJ. Quality assurance of autopsy case sheet reporting, final autopsy report turnaround time, and autopsy rates. *Arch Pathol Lab Med* 1996; 120: 1003-1008.
2. Anderson RE, Hill RB. The autopsy in academic medical centers in the United States. *Hum Pathol* 1988; 19: 1369-1371.
3. Favara BE, Cottreau C, McIntyre L, Valdes-Dapena M. Pediatric pathology and the autopsy. *Ped Pathol* 1989; 9: 109-116.
4. Landers S, MacPherson T. Prevalence of the neonatal autopsy: A report of the study group for complications of perinatal care. *Pediatr Pathol Lab Med* 1995; 15: 539-545.
5. Chen GH, Zhang MD, He JN. Autopsy study of 4074 pediatric cases. *Chung-Hua Ping Li Hsueh Tsa Chih* 1994; 23: 40-42.
6. Thornton CM, O'Hara MD. A regional audit of perinatal and infant autopsies in Northern Ireland. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 18-23.
7. Wright C, Cameron H, Lamb W. A study of the quality of perinatal autopsy in the former northern region. The Northern Perinatal Mortality Survey Steering Group. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 24-28.
8. Bove KE. Practice guidelines for autopsy pathology: the perinatal and pediatric autopsy. Autopsy Committee of the College of American Pathologists. *Arch Pathol Lab Med* 1997; 121: 368-376.
9. Collins M. Autopsy contributions to modern pediatric oncology. *International Pediatric Pathology Association Newsletter*. June 1998.