

Importancia de la Laparotomía en el Manejo de los Linfomas

Roberto Cordero Murillo*

INTRODUCCION:

El papel de la cirugía en los linfomas, hasta hace pocos años se limitaba simplemente a la práctica de la biopsia y al tratamiento de algunas complicaciones como Hiperesplenismo, perforación o sangrado de una víscera, obstrucción intestinal, linfomas intestinales, etc. En varios centros sin embargo los vaciamientos ganglionares en estadios tempranos de la enfermedad se practicaron por algún tiempo. Esta conducta terapéutica prácticamente se ha abandonado en la actualidad. Para todos los linfomas el tratamiento y el pronóstico ha cambiado dramáticamente durante los últimos años. El diagnóstico histológico y los sitios anatómicos de enfermedad son tan importantes como el estadio clínico para escoger el método correcto de tratamiento y dictar un pronóstico (5). La evaluación previa al tratamiento de los pacientes con linfoma, dependía específicamente de la clínica y de los hallazgos radiológicos, que en un porcentaje importante de casos daban equivocados, de manera que la extensión de la enfermedad no se podía conocer en forma adecuada, especialmente en lo que se refería a enfermedad abdominal (2). El método actual para la determinación del estadio clínico es la laparotomía exploradora. Kaplan y Rosenberg introdujeron este método y publicaron sus resul-

tados en el año 1969 (3) recalcando la discordancia entre la clínica y la extensión real de la enfermedad.

MATERIAL Y METODOS:

Una serie de 34 pacientes fueron sometidos a Laparotomía exploradora para clasificación del estadio de noviembre 1971 a octubre de 1973 en los dos hospitales principales de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se excluyeron 16 casos de laparotomía por no ajustarse esas operaciones a los propósitos del presente trabajo. Todos los pacientes fueron analizados en la Clínica de Linfomas del Hospital México formada por los Servicios de Oncología, Radioterapia, Hematología y Cirugía; y revisadas las biopsias por el Servicio de Patología. A todos los pacientes se les practicaron los estudios hematólogicos de rutina en el Laboratorio de Hematología e Inmunología, radiografía de tórax, pruebas hepáticas y renales. A algunos se les realizó Linfografía radiológica y a otros Linfogamagrafías en Au 198. Todos tenían diagnósticos histológico previo de Hodgkin o Linfoma, a según la clasificación de Lukes y Butler para Hodgkin y de Rappaport para Linfoma (4). La clasificación clínica fue la reportada por Carbone et alen 1971 (1).

RESULTADOS:

IMPORTANCIA DE LA LAPAROTOMIA EN EL MANEJO DE LOS LINFOMAS

CUADRO 1

Laparotomías, histología y sexo

ENFERMEDAD	NUMERO	MASCULINO	FEMENINO
ENFERMEDAD DE HODGKIN	25	18	7
LINFOMA LINFOCITICO	6	6	0
LINFOMA RETICULAR	3	2	1
TOTAL:	34	26	8

* Especialista en Medicina Interna

ANALISIS INDIVIDUAL DE LOS CASOS DE HODGKIN**CUADRO 2****EDADES**

De a 1 a 10 años	2	(*)
De 11 a 20	5	
De 21 a 30	3	
De 31 a 40	4	
De 41 a 50	7	
De 51 a 60	3	
De 61 a 70	1	(**)
TOTAL	25	(***)

(*)	:	mínima de 7 años
(**)	:	máxima de 66 años
(***)	:	84 ^o /o debajo de 50 años

CLASIFICACION PREVIA LAPAROTOMIA**CUADRO 3**

HISTOLOGIA	ESTADIO CLINICO				TOTAL
	I	II	III	IV	
PREDOMINIO LINFOCITOS	1	0	7	0	8
CELULARIDAD MIXTA	1	2	6	0	9
ESCLEROSIS NODULAR	2	2	4	0	8
DEPLECION LINFOCITOS	0	0	0	0	0
TOTAL:	4	4	17	0	25

CLASIFICACIÓN POST—LAPAROTOMIA

CUADRO 4

ESTADIOS CLINICOS	TIPO HISTOLOGICO Y CAMBIOS		
I: 4 CASOS	PREDOMINIO LINFOCITOS	ESCLEROSIS NODULAR	CELULARIDAD MIXTA
	I (P.L.)	I (E.N.)	III (C.M.)
	I (E.N.)		
	EL 25º/o aumentó su clasificación		
II: 4 CASOS		IV (E.N.)	III (C.M.)
		II (C.N.)	III (C.M.)
	El 75º/o aumentó su clasificación		
III: 17 CASOS	III (C.M.)	I (E.N.)	I (C.M.)
	IV (E.N.)	I (E.N.)	III (C.M.)
	III (P.L.)	III (C.M.)	III (C.M.)
	II (P.L.)	I (E.N.)	I (C.M.)
	I (P.L.)		II (C.M.)
	I (P.L.)		III (C.M.)
	I (P.L.)		III (C.M.)
	10 CASOS DISMINUYERON DE CLASIFICACION (59º/o) (*)		
	1 CASO AUMENTO SU CLASIFICACION (5.6º/o)		
	6 CASOS MANTUVIERON SU ORIGINAL CLASIFICACION (35.4º/o)		
* : 5 de estos casos tenían mayor clasificación por linfografía 2 de estos casos tenían mayor clasificación por clínica 3 de estos casos tenían mayor clasificación por linfogamagrafía			

MEDULAS OSEAS (POR ASPIRACION)

CUADRO 5

INFILTRADAS.....	0
NORMALES.....	23
NO SE EFECTUO.....	2
TOTAL:	25

CORRELACION LINFOGRAFIA-LAPAROTOMIACUADRO 6

ESTADIO	RADIOLOGIA		ISOTOPICA		PATOLOGIA	
	POSITIVA	NEGATIVA	POSITIVA	NEGATIVA	POSITIVA	NEGATIVA
I	0	0	0	0	0	0
II	0	0	0	1	1	
III	10	0	6	2	5	13
TOTAL	10	0	6	3	6	13

ENFERMEDAD ESPLENICACUADRO 7

	IMPRESION CLINICA	IMPRESION QUIRURGICA	HISTOPATOLOGIA
ESTADIO I	5 NEGATIVOS	2 NEGATIVOS 2 POSITIVOS 1 SE IGNORA	1 NEG. (180 grs.) 1 NEG. (111 grs.) 1 NEG. (70 grs.) 1 POS. (90 grs.) 1 POS. (178 grs.)
ESTADIO II	3 NEGATIVOS	1 NEGATIVO 1 POSITIVO 1 SE IGNORA	1 NEG. (102 grs.) 1 POS. (124 grs.) 1 POS. (149 grs.)
ESTADIO III	5 POSITIVOS 12 NEGATIVOS	9 POSITIVOS 8 NEGATIVOS	1 POS. (159 grs.) 1 POS. (192 grs.) 1 POS. (147 grs.) 1 POS. (205 grs.) 1 POS. (? grs.) 2 NEG. (se ignora) 1 NEG. (263 grs.) 1 NEG. (73 grs.) (**) 1 NEG. (110 grs.) 2 NEG. (117 gr.c/u) 1 NEG. (130 grs.) 1 NEG. (77 grs.) 1 NEG. (105 grs.) 1 NEG. (142 grs.) 1 NEG. (187 grs.)
TOTAL	25 CASOS	25 CASOS	25 CASOS
PESOS EXTREMOS DE LOS BAZOS INFILTRADOS: 90 grs. MINIMO y 205 grs. MAXIMO PESOS EXTREMOS DE BAZOS NO INFILTRADOS : 70 grs. MINIMO y 263 grs. MAXIMO EL PROMEDIO DEL PESO DE LOS BAZOS INFILTRADOS FUE DE 129 grs. EL PROMEDIO DEL PESO DE LOS BAZOS NO INFILTRADOS FUE DE 128 grs.			

RELACION BAZO-HIGADO-MEDULA OSEACUADRO 8

BAZO POSITIVO:	9 CASOS	HIGADO POSITIVO:	2 CASOS	MEDULA POSITIVA:	0 CASOS
BAZO NEGATIVO:	16 CASOS	HIGADO NEGATIVO:	23 CASOS	MEDULA NEGATIVA:	25 CASOS

RELACION BAZO-GANGLIOS ABDOMINALES INFILTRADOSCUADRO 9

BAZO INFILTRADO	:	9 CASOS	GANGLIOS INFILTRADOS	:	5 CASOS	RELACION:	5/9
BAZO NO INFILTRADO:		16 CASOS	GANGLIOS NO INFILTRADOS:		1 CASO	RELACION:	1/16

TIPO HISTOLOGICO DE INFILTRACION DE BAZOCUADRO 10

PREDOMINIO DE LINFOCITOS.....	1 CASO
ESCLEROSIS NODULAR.....	3 CASOS
CELULARIDAD MIXTA.....	5 CASOS
DEPLECION DE LINFOCITOS.....	0 CASOS
TOTAL:	9 CASOS

EVOLUCIONCUADRO 11

VIVOS		24 CASOS		96%
MUERTOS		1 CASO		4%*
EVOLUCION MINIMA		2 MESES		
EVOLUCION MAXIMA		240 MESES		
PROMEDIO EVOLUCION.....		47.5 MESES		
(*) PACIENTE DE ESTADIO III, TIPO C.M. FALLECIDO 6 MESES DESPUES DE LAPAROTOMIA, CON SEPTICEMIA. HABIA RECIBIDO RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA (MOPP)				

TRATAMIENTO PREVIA LAPAROTOMIA (*)CUADRO 12

ESTADIO CLINICO	PREDOM. LINFOCITOS	ESCLEROSIS NODULAR	CELULARIDAD MIXTA
I	1 caso no trat.	2 casos no trat.	1 caso no trat.
II		2 casos RADIOTER.	2 casos no trat.
III	4 casos no trat. 1 caso radioter. 1 caso quimioter. 1 caso radio y quim.	2 casos quimioter. 2 casos radio y Q.	1 caso no trat. 1 caso quimioter. 2 casos radioter. 2 casos radio y Qui.
TOTAL:	8 casos	8 casos	9 casos
(*) 11 casos de los 25 no recibieron tratamiento alguno prelaparotomía acorde con los postulados modernos.			

TRATAMIENTO POST-LAPAROTOMIACUADRO 13

ESTADIO CLINICO	RADIOTERAPIA	QUIMIOTERAPIA	RADIO Y QUIMIOTERAPIA
I	4 (E.N.) 8 CASOS 4 (P.L.)	0	2 CASOS (C.M.)
II	2 CASOS 1 (E.N.) 1 (C.M.)	0 0	2 1 (P.L.) 1 (C.N.)
III	1 (C.M.)	0	8 2 (P.L.) 1 (E.N.) 5 (C.M.)
IV	0	1 (P.L.) 2 1 C.N.)	
TOTAL:	11 CASOS	2 CASOS	12 CASOS

LINFOMAS LINFOCITICOS

CUADRO 14

BIEN DIFERENCIADOS.....	5 CASOS
POBREMENTE DIFERENCIADOS.....	1 CASO
EDADES.....	16-30-39-43-56 y 59 AÑOS
SEXO.....	MASCULINO TODOS
MEDULAS OSEAS PREVIAS A LAPAROTOMIA....	6, TODAS NEGATIVAS

ESTADIO PRE Y POST—LAPAROTOMIA

CUADRO 15

ESTADIO	PRE — LAPAROTOMIA	POST — LAPAROTOMIA
I	2 CASOS	I — III (*)
II	1 CASO	II
III	2 CASOS (**)	III — IV
IV	1 CASO (**)	IV
TOTAL:	6 CASOS	50% AUMENTO ESTADIO
(*) UN CASO DE L.L. POBREMENTE DIFERENCIADO PASO DE ESTADIO I A ESTADIO III Y FALLECIO 40 DIAS DESPUES COMO ESTADIO IV. (**) LOS 3 CASOS ETIQUETADOS PREVIAMENTE EN ESTADIOS III Y IV SE HIZO LA CLASIFICACION POR LINFOGRAFIA Y ALGUNOS DATOS CLINICOS.		

RELACION HIGADO, BAZO, GANGLIO Y M.O.CUADRO 16

	HIGADO	BAZO	GANGLIO	M. O.
BIEN DIFE- RENCIADO	3 NEGATIVOS	1 NEG (139 gr.) 1 NEG (106 gr.)	3 NEGATIVOS	4 NEGATIVOS
	2 POSITIVOS	1 POS. (18 gr*) 1 POS. (304 gr.) 1 POS. (575 gr.)	2 POSITIVOS	1 POSITIVO
MAL DIFE- RENCIADO	1 NEGATIVO	1 NEG (127 gr.)	1 POSITIVO	1 NEGATIVO
(*) LAPAROTOMIZADO Y ESPLENECTOMIZADO 17 MESES DESPUES DE RADIOTERAPIA ABDOMINAL.				

TRATAMIENTO PRE-LAPAROTOMIACUADRO 17

ESTADIO	QUIMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	RADIO Y QUIMIO	NADA
I	1 CASO (B.D.)	0	0	1 CASO
II	0	0	0	1 CASO
III	1 CASO (B.D.)	1 CASO (B.D.)	0	0
IV	0	0	1 CASO (B.D.)	
TOTAL:	2 CASOS	1 CASO	1 CASO	2 CASOS

TRATAMIENTO POST-LAPAROTOMIA

CUADRO 18

ESTADIO	NADA	QUIMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	RADIO Y QUIMIO
I	0	0	1	0
II	0	0	1 (*)	0
III	1(*)	0	1	0
IV	0	1	0	1

(*) MURIO 2 MESES DESPUES, DISEMINADO.

(**) MURIO 40 DIAS DESPUES DE COMPLICACION ANESTESICA Y LA AUTOPSIA MOSTRO ESTADIO IV.

EVOLUCION PROMEDIO DE TODOS LOS CASOS DE 19.5 MESES, CON UN MINIMO DE 2 MESES Y UN MAXIMO DE 48 MESES.

ANALISIS DE LOS RETICULOSARCOMAS

CUADRO 19

NUMERO	: 3 LINFOMAS RETICULARES
EDADES	: 8 — 56 y 57 AÑOS
SEXO	: 2 MASCULINO Y 1 FEMENINO
PREOPERATORIO	: 2 ESTADIOS II y 1 ESTADIO I (POR CLINICA Y LINFOGRAFIA).
POSTOPERATORIO	: 2 ESTADIOS II Y 1 ESTADIO IV (BAZO DE 743 grs. E INFILTRACION DE INTESTINO DELGADO) LOS ESTADIOS II TUVIERON BAZOS DE 65 Y 70 grs. (LOS DOS ESTADIOS II: WALDEYER Y CADENAS YUGULARES).
EVOLUCION	: 25 MESES DE PROMEDIO DE LOS 3 Y TODOS VIVOS.
TRATAMIENTO	: LOS 2 ESTADIOS II HABIAN RECIBIDO RADIO-TERAPIA EN EL PRE Y UNO DE ELLOS NO RECIBIO NADA EN EL POST Y EL OTRO MOPP. EL III HABIA RECIBIDO RADIO Y QUIMIO-TERAPIA Y AL PASAR A ESTADIO IV EN EL POST, SE CONTINUO CON MOPP.

DISCUSION:

Nuestro trabajo evidencia que la laparotomía beneficia el manejo de los pacientes portadores de Linfomas. Es aparente además de que nuestros métodos convencionales no son seguros para detectar la extensión de la enfermedad cuando los órganos abdominales están afectados. Cuando comparamos el estadio clínico con los hallazgos post laparotomía encontramos en la Enfermedad de Hodgkin en estadio I, vemos que el 25% de nuestros casos aumentó su clasificación. En el estadio II, lo fue en el 75% y en el estadio III el 59% disminuyó su clasificación, un 5.6% la aumentó y el 35.4% la mantuvo. Se debe aclarar que en estadio III, 9 casos de los 17 así etiquetados clínicamente, tenían esa clasificación por los reportes de las linfografías, que por ende se concluye fueron erróneos. En Linfoma Linfocítico el 50% aumentó su estadio y el 33% lo hizo en Reticulosarcoma. De 19 Linfangiografías, en Hodgkin, tanto radiológicas como radioisotópicas, practicadas a nuestros pacientes, 16 fueron reportadas como positivas, encontrándose en la laparotomía únicamente una relación positiva de 6 casos, lo que representa un índice de certeza de 37.5%. En Linfomas Linfocíticos el 100% se corroboró quirúrgicamente. En Reticulosarcoma no hay datos. La palpación o no del bazo no representa en nuestra serie un buen parámetro clínico para sospechar infiltración, como se aprecia en el cuadro No. 7; y en esto es notable el hecho que el promedio del peso de los bazos infiltrados por Hodgkin rebasó únicamente en 1 gr. el de los bazos no infiltrados. En linfomas si tuvo valor la esplenomegalia como se ve el cuadro No. 16 en que hay diferencia notable entre los infiltrados y no. En Hodgkin hubo infiltración hepática en 2 casos y en ambos había también infiltración de bazo. En linfomas se obtuvo la misma relación, lo que está acorde con lo universalmente aceptado de que la infiltración hepática se acompaña casi siempre de infiltración esplénica. La relación en Hodgkin de bazo con ganglios abdominales infiltrados, de 9 bazos positivos por infiltración 5 tenían ganglios tomados y únicamente hubo 1 caso con ganglios positivos en 16 bazos negativos. En Linfomas, de 3 bazos positivos, 2 casos tenían además infiltración ganglionar. La celularidad mixta fue el tipo histológico predominante en los bazos infiltrados, lo que va acorde con la mayor agresividad de este tipo de Hodgkin. Un hecho sobresaliente en nuestra serie es la ausencia completa de Enfermedad de Hodgkin tipo pérdida de linfocitos, para lo cual no tenemos explicación. De nuestra serie de 34 pacientes laparotomizados, 32 (94%) están vivos con un

promedio de vida en Hodgkin de 48 meses, en Linfomas de 20 meses y en Reticulosarcoma de 25 meses.

CONCLUSIONES:

Recomendamos la laparotomía exploradora para la clasificación de los procesos linfomatosos en todos los pacientes en edades entre 6 y 70 años, cuyas condiciones generales lo permitan en estadios I, II, III. Se recomienda que los pacientes no hayan recibido ningún tipo de terapia previa a la laparotomía. Es conveniente que los cirujanos tengan a mano las linfografías durante el acto quirúrgico, para que obtengan así muestras representativas de los ganglios afectados. Las biopsias múltiples del hígado por punción con aguja de Vin-Silverman probablemente rendirán mayor beneficio que la biopsia única en cuña. El estudio histológico debe incluir numerosos cortes de los órganos en estudio.

RESUMEN:

Se analizan los resultados de 34 laparotomías en pacientes portadores de Linfomas en período comprendido entre noviembre de 1971 y octubre de 1973. Es evidente al beneficio obtenido en estos pacientes en cuanto a su tratamiento y pronóstico después de la Laparotomía. Se comprobó que los datos clínicos y radiológicos no tienen comparación con los hallazgos anatómicos en estadios precoces. Como producto de los hallazgos del presente trabajo se hacen recomendaciones para el futuro manejo de estos casos.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.— Bagley C.M. et al Advanced Lymphosarcoma: Intensive cyclical combination chemotherapy with Cyclophosphamide, Vincristina and Prednisone. Ann Intern Med. 76: 227, 1972.
- 2.— Bailey R.J. et al Malignant Lymphoma in children. Pediatrics. Pág. 985, dic. 1961.
- 3.— Carbone P.P. et al. Report of the Committee of Hodgkin Disease. Staging - Classification. Cancer-Res 31: 18960, 1971.
- 4.— Carbone P.P. Management of patients with non-Hodgkin's Lymphoma. Arch. Intern. Med. 131: 455, 1973

- 5.—Carter S.K. et al. Single-agent therapy for Hodgkin's Disease Arch. Intern. Med. 131:377, 1973.
- 6.—Cordero. R. et al Linfomas en la población asegurada de Costa Rica Boletín Médico del Seguro Social de Costa Rica 1 (6): 26, 1972.
- 7.—Elías G. Elías Exploratory Laparotomy. For staging of Lymphomas-Surgery 72: 590, 1970.
- 8.—Elías G.E. et al. Exploratory Laparotomy for staging of Lymphomas Surgery. 72: 590, 1972.
- 9.—Ferguson D.J. et al Surgical experience with staging laparotomy in 125 patients with lymphoma. Arch. Intern. Med. 131: 356, 1973.
- 10.—Freedman. S.I. Malignant Lymphomas of the major salivary glands. Arch. Otolaryng. 93: 123, 1971.
- 11.—Frei E. Status and perspectives in chemotherapy of Hodgkin's Disease Arch. Intern. Med. 131:439, 1973.
- 12.—Gomble J.F. et al. Combined chemotherapy Arch. Intern. Med. 131: 435, 1973.
- 13.—Glastein E. Kaplan. H.S. Rosemberg — S.A. Value of laparotomy and splenectomy in the classification of Hodgkin Disease. Cancer, 24: 709—718, 1969.
- 14.—Glicks mon. A.S. et al. Acute and late reactions to irradiation in the treatment of Hodgkin's Disease Arch. Intern. Med. 131: 367, 1973.
- 15.—Hoogstraten B. et al. Combination chemotherapy—Radiotherapy for stage III Hodgkin's Disease Arch. Intern.—Med. 131: 424, 1973.
- 16.—Lenhard. R.E. Eastern Cooperative Oncology Group studies Arch. Intern. Med. 131, 1973.
- 17.—Lukes. R.J. et al The pathological picture of malignant lymphome. Proceeding of the Int. Conference on leukemia and lymphoma U. of Michigan Ann Arbor Mich. Lea and Febriger págs: 333- 354. 1967 - Philadelphia, P.A.
- 18.—Maldonado. J.E. et al. Progresión en la valoración y manejo de los linfomas malignos Tribuna Médica 39:85, 1970.
- 19.—Mathé. G. et al. The two varieties of Lymphoid tissue "Reticulosarcomas", Brit. J. Cancer. 24: 687, 1970.
- 20.—Nissen N.I. et al Chemotherapy of Hodgkin's Disease in studies by acute leukemia group B. Arch. Intern. Med. 131: 396, 1973.
- 21.—Panettiers F. et al Splenectomy effects on chemotherapy in Hodgkin's Disease Arch. Intern. Med. 131: 362, 1973.
- 22.—Peters V. Changing concepts in radiotherapy for lymphomas. Leukemia and Lymphoma 261 - 273 (Pág.) Year Book Medical Publisher 1970.
- 23.—Rubin P. Hodgkin's Disease Jama 191:25, 1965.
- 24.—Schein P.S. et al Potential for prolonged disease-free survival following combination chemotherapy of non-Hodgkin lymphoma Blood. 43: 181, 1974.
- 25.—Solomon. J. et al Chemotherapy of Lymphoma with Mechlorathamine and Vinblastine. Arch. Intern. Med. 131: 407, 1973.
- 26.—Ullmann J.E. et al Clinical course and complications in Hodgkin's Disease Arch. Intern. Med. 131:332, 1973.
- 27.—Young. R.C. et al. Immune alterations in Hodgkin's Disease Arch. Intern. Med 131: 446, 1973.
- 28.—Peckham, M.J. Radiation Therapy of the Non-Hodgkin's Lymphomas Seminars in Hematology: XI, 1: 41, 1974.
- 29.—Mc. Elwain. T.J. Chemotherapy of the Lymphomas Seminars in Hematology: XI, 1: 59, 1974.
- 30.—Bengt, R.H.J. et al The Effect of Splenectomy on the Hematological Response to Radiotherapy in Hodgkin's Disease Brit. Jour of Hematology: 27, 2: 331. 1974.