

LINFOSARCOMA DE' INTESTINO DELGADO (*)

Dr. Alberto Valls y F. Cassinelli

El linfossarcoma del intestino delgado es una entidad patológica poco frecuente, aunque se han descrito varios centenares de casos en la literatura mundial.

Su interés radica en que se puede presentar como causante de un conjunto de afecciones intestinales y peritoneales, crónicas o agudas, que pueden llevar a intervenciones de urgencia, donde el conocimiento de las formas típicas anatómicas que afecta este tumor en el intestino, puede llevar al diagnóstico en el acto operatorio, con lo que se evoca su pronóstico y su terapéutica lógica: la resección de la lesión con su territorio ganglionar, fácil en el intestino, y la roentgenterapia postoperatoria.

En lo que nos es personal, frente al caso que vamos a presentar, no hicimos el diagnóstico porque desconocíamos los aspectos macroscópicos típicos que se pueden ver en la pieza que mostramos.

Anatomía patológica. El linfossarcoma se puede localizar en forma primitiva en el intestino delgado, coincidiendo a veces con lesiones ganglionares o en otras vísceras, hígado, bazo, etc. A menudo es la única localización y en una tercera parte de los casos no se acompaña de adenopatías, y nunca tiene repercusión leucémica. La única repercusión es un estado de anemia, que tenía nuestra enferma, con una leucocitosis banal. En dos casos de Frazer (1) se acompañó de linfocitosis de 40-50%.

Puede ser una sola localización y en ese caso predomina en el ileon, después ciego, yeyuno y finalmente estómago (Irvine y

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de abril de 1961.

Johnstone, ²⁾. Puede ser múltiple como en nuestro caso, lo que podemos apreciar en la pieza operatoria. Son tumores algo más frecuentes en los varones (Burman y van Wyk, ³⁾). Las formas linfocíticas y linfoblásticas aparecen más amenudo en el joven y en el niño.

Formas anatómicas macroscópicas. Dependen de la localización inicial en las tónicas intestinales y en el tipo histológico del tumor.

En nuestro enfermo, con localizaciones múltiples, se pueden ver todas las formas.

1) Si el tumor asienta de entrada en la mucosa, se hace rápidamente proclivente en la luz, polipoideo, ayudado por las contracciones peristálticas intestinales. Esta forma aislada no puede diagnosticarse macroscópicamente. Nuestro enfermo, hacia la última asa ileal tenía un pólipo móvil, elástico, que no fue extirpado dado la situación de urgencia.

2) Si el tumor se desarrolla en la submucosa, se extiende en forma circunferencial por ésta, formando un verdadero manguito que invade las tónicas musculares del intestino. Por este hecho y por las lesiones de los plexos nerviosos intramurales provoca una dilatación intestinal circunscrita como lo destacan Ulmann y Abeshouse (⁴⁾); Stout y Marcuse (⁵⁾) y dicen que el signo más constante del linfosarcoma es la dilatación, acompañada de un aumento de consistencia que en nuestro caso es evidente. Ese aumento de consistencia se hace sentir como un acartonamiento de las paredes intestinales sobre el resto del intestino que es elástico. Este hecho es tan importante que Martín y Friedell (⁶⁾) destacan que el linfosarcoma es probablemente la única lesión que puede producir aumento del diámetro de la luz intestinal en el sitio de la enfermedad (*forma ectasiante del linfosarcoma*).

La infiltración tumoral respeta en esa forma por largo tiempo la muscularis mucosa y la mucosa y es bien limitada. Esta infiltración no se acompaña de reacción esclerosa lo que explica según Stämmeler la rareza de las estenosis.

3) La última forma es una variante de la anterior. Es la *forma ulcerosa*. Comienza por una infiltración celular de la submucosa, que progresa en sentido circunferencial, que infiltra en

profundidad la mucosa y se necrosa y ulcera rápidamente en la luz intestinal. Esa necrosis puede ser tan masiva que pueden quedar apenas elementos tumorales en los bordes de la ulceración y quedar enmascarados por la reacción inflamatoria, lo que dificulta su diagnóstico.

Por este mecanismo la ulceración produce la perforación intestinal en peritoneo libre, como en nuestro caso, o en otra viscera.

En cuanto a las formas microscópicas distinguimos el linfocitoma y linfoblastoma más frecuentes, que explican las formas tumorales descritas con Kundrať desde 1893, la enfermedad de Hodgkin el linfoma folicular gigante y el reticulosarcoma, que es el que se encuentra más frecuentemente en la forma ulcerosa y perforante como sucedió en nuestro caso.

Se trata de formas a menudo localizadas y se conoce cada vez mayor número de tumores que curan entre 5 y 25 años por la cirugía y/o la radioterapia. En 1942 Warren (7) y en 1944 Mc. Swain (8) comunican varias sobrevividas de más de 5 años siguiendo el tratamiento combinado quirúrgico y radioterápico. Marshall y Meissner en 1950 creen que casi un sexto de los enfermos curan en estas condiciones.

Irvine y Johnstone muestran 5 resecciones en tres de las cuales no hay evidencia de la enfermedad entre 5 y 7 años.

En cuanto a la evolución, dentro de su gravedad, Marcuse y Stout creen que no puede preverse por el tipo histológico; pero de los trece casos de larga sobrevivida de Snoddy (9), once eran de tipo linfocítico. Todos están de acuerdo en que el mejor pronóstico es para el linfoblastoma folicular gigante. Los reticuloblastomas son de peor pronóstico y todos los casos perforados (que eran reticuloblastomas) de Irvine y Johnstone fallecieron.

En cuanto al tratamiento, siendo estas formas localizadas por largo tiempo y sin repercusión leucémica debe ser quirúrgico, con resección de intestino y con territorio ganglionar correspondiente en forma amplia. Antes se tenían dudas con respecto a este tratamiento, pero desde que Stout en 1942 (10) escribió un artículo denominado "Es curable el linfo sarcoma" se fortaleció la opinión de la eficacia del tratamiento quirúrgico.

A esta terapéutica se debe agregar la roentgenterapia, pese

a que los 3 casos de Frazer, con largas sobrevividas, no recibieron este tratamiento. La roentgenterapia puede ser la única terapéutica con carácter paliativo. Frazer tiene 7 tratados, 4 de 6 experimentaron una reducción del tumor. Cinco fallecieron dentro de los 12 meses; 2 con resección paliativa y roentgenterapia sobrevivieron dos años.

En cuanto a la quimioterapia, gas de mostaza y T. E. M. no han dado resultados beneficiosos.

En nuestro medio, Ruvertoni y Larghero ⁽¹¹⁾ presentan un linfosarcoma de ileon, de forma infiltrante, que se adhería a la vejiga. Fue operado por un cuadro oclusivo debido a la acodadura del asa infiltrada. Se hizo enterectomía y resección parcial de vejiga. El enfermo fallece a los 12 días.

Uno de nosotros, (Dr. Cassinelli, ¹²) presentó 3 casos operados, formas infiltrantes-ulceradas, de ellos uno con sobrevivida de 6 años. Uno operado hace 1 año y el otro fallecido. Otro caso que falleció fue presentado por el Dr. Karlen ⁽¹³⁾.

El Dr. Aguiar ⁽¹⁴⁾ presentó en 1956 a la Sociedad de Cirugía, un enfermo operado por el Dr. Nande por una oclusión del intestino delgado. Se comprobó un tumor del yeyuno invadiendo mesenterio. Se hizo una resección con meso y una enteroanastomosis terminal. Resultó ser un reticulosarcoma. Se hizo roentgenterapia. Pasa bien dos años, en que le aparece una adenopatía axilar izquierda, que resultó ser un reticulosarcoma por punción. Se le hizo roentgenterapia con lo que desapareció la masa ganglionar y se encuentra bien actualmente.

Nuestro enfermo C. B. de 68 años con antecedentes de diarreas desde hace 5 años nota en enero de 1960 un cambio de carácter, se siente mal, y aparece una anemia con una leucocitosis de 15.000 sin nada característico.

En enero le aparece una necrosis del 5º dedo del pie izquierdo, comprobándose una arteriopatía obstructiva. ECG normal.

15 días antes de su ingreso hace una tromboflebitis fémoro-iliaca del miembro inferior derecho con edema generalizado.

El 5 de agosto de 1960 aparecen dolores abdominales difusos a predominio en epigastrio y región umbilical, continuos. No tiene chuchos, náuseas ni vómitos.

A las 24 horas el dolor se hace más intenso y el enfermo entra en colapso. Ingresa ese día (6-VIII-60) a las 23 horas en el Hospital Maciel. El examen muestra enfermo pálido, en colapso, presión arterial máxima 8 ½, pulso 94. Abdómen distendido en zona infraumbilical, doloroso

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

en toda su extensión. Se palpa una zona de consistencia mayor en fosa ilíaca derecha. Tacto rectal, Douglas doloroso.

Edema de miembro inferior derecho. Se palpan pulsos femorales. A izquierda no se palpan pulsos pedio y tibial posterior. Lesión trófica del 5º dedo.

Recibió un litro de sangre y suero glucosado con levofed. Se pasó sonda de Cantor. Se opera en la madrugada del 7 de agosto de 1960, a las 48 horas de la iniciación del cuadro.

Operación: Dr. Valls, Dr. Berhouet, Pte. Alvarez. Anestesia general. Laparotomía mediana infraumbilical. Pus en todo el abdomen, asas distendidas. En el medio del yeyuno, en una extensión de unos 80 cm., se ven varias zonas acartonadas de intestino en forma circunferencial, dilatadas, con perforaciones irregulares, de alrededor de 1 cm. de diámetro. Hacia las últimas asas ileales se ven lesiones de este tipo pero no perforadas. En la última asa ileal se palpa un pólipo redondeado, de 1 cm. de diámetro, que se puede hacer deslizar en la luz intestinal. Mesenterio edematoso, friable, no se palpan adenopatías y las arterias laten bien. Colon, hígado, vesícula, bazo, y páncreas sin particularidades. Retroperitoneo a la palpación sin particularidades.

Enterectomía de un metro de intestino delgado, con enteroanastomosis término terminal en dos planos.

Se lava todo el peritoneo en forma abundante con suero. Se deja una sonda en epigastrio y otra en el Douglas, para hacer irrigación peritoneal continua. Se deja 1.000.000 unidades de penicilina y 1 gramo de estreptomocina. Cierre en un plano, lino en la piel.

El día 7 de agosto 1960 se hace descubierta de dos venas en los miembros superiores, pasando una transfusión de 500 centímetros de sangre por un lado y suero glucosado con terramicina 250 mlgrs. c/6 horas. Se hace irrigación peritoneal, 2 litros con penicilina y estreptomocina. La presión es de 12 y 7; el pulso de 90. El vientre más depresivo.

El 8 de agosto tuvo una diuresis de 1500 cc. Urea en suero 0.70. Hizo una trombosis de ambos miembros superiores con edema. Se le hace descubierta de vena de miembro inferior derecho.

El 9 de agosto está peor, inquieto, la presión descendía a 9. Se le pasa suero con levofed.

El 10 de agosto fallece bruscamente.

Nosotros pensamos por la historia, que íbamos a operar un enfermo con un infarto intestino mesentérico, pero llamaba la atención la anemia y la tromboflebitis espontánea, que debe hacer pensar en neoplasma y que ha sido señalada particularmente en los linfosarcomas por Tapie. (15).

INFORME ANATOMO PATOLOGICO

Segmento de intestino abierto longitudinalmente y fijado en

formol; ahora mide 75 cm.; serosa opaca, de aspecto inflamatorio y revestida aún por exudados fibrinopurulentos; hay un aspecto particular de los linfáticos de la zona de inserción mesentérica, que aparecen ingurgitados y muy prominentes. Hay varios sectores de pared intestinal de aspecto necrótico y hemorrágico, algunas complicadas con desgarro y perforación de bordes muy deflecados; estas zonas mortificadas tienen extensiones que varían entre 2 y 6 cm., y comprometen toda la circunferencia del conducto (lesiones de topografía discontinua y anular); la porción más extensa del proceso, corresponde a un trecho de intestino de pared engrosada, indurada, friable, de color blanco, con desgarros amplios y de bordes muy irregulares; las perforaciones se sitúan indistintamente en las caras o borde antemesentérico.

Por la cara mucosa, el intestino muestra en general sectores de mucosa con pliegues normales alternando con zonas ulceradas, correspondiendo a las lesiones descritas exteriormente; estas ulceraciones, anulares, tienen bilis (amarillo y verdeamarillento) y la necrosis es tan profunda en algunas áreas, que la pared intestinal es flácida, velamentosa y con perforaciones. Otras áreas lesionales conservan un engrosamiento parietal, de consistencia firme, de color blanquecino, con desaparición de la arquitectura parietal (no se distinguen las capas), originándose un espesor parietal de apariencia más bien homogénea; estas porciones del intestino tienen un correlativo estrechamiento luminal.

No se hallaron adenopatías en la porción de mesenterio comprendida en la pieza de resección. No había caracteres definidos de infarto hemorrágico del mesenterio.

El examen microscópico de tres fragmentos tomados en distintas zonas patológicas, muestran la misma imagen histológica de una pared intestinal profundamente modificada por una infiltración tumoral maligna difusa, con los caracteres de un linfoblastoma maligno retículo celular (reticulosarcoma primitivo del intestino). Hay una extensa necrosis del tejido tumoral, comprometiendo a veces todo el espesor de la pared infiltrada y provocando la perforación del intestino (sin reacción granulante). Extensos sectores de pared muestran la desaparición total de la

capa muscular, substituída por el tejido linfosarcomatoso o por la necrosis de él.

En resumen presentamos:

1) Un rectículo sarcoma múltiple de intestino delgado, forma ulcerada, con varias perforaciones que lo llevaron a la peritonitis y la muerte.

2) Mostramos un conjunto de linfosarcomas de intestino de nuestro medio, que operados y radiados 3 de ellos sobreviven, 2 más de 5 años y 1, 2 años, certificando el concepto de Stout que el linfosarcoma de intestino puede ser curable por la cirugía y radioterapia.

La anatomía macroscópica es muy distinta, en esta fotografía está fijada lo que era sobre la pieza fresca. El segmento intestinal resecaado muestra por afuera parte del aspecto de la serosa correspondiente a la peritonitis que existía, una serie de zonas anulares de espacio necrótico hemorrágico y perforado. Los bordes de las perforaciones son flácidos y sumamente adelgazados. El adelgazamiento de la pared en una parte corresponde a la zona de rotura, en otras partes corresponde a las partes de pared todavía intactas. El meso que no es muy amplio, no muestra caracteres de infartación hemorrágica y no había adhenopatías ostensibles. La superficie interna en el segmento intestinal (la fotografía no lo muestra bien), pero esas zonas externas corresponden a estas áreas anulares, circunferenciales, de necrosis de aspecto gangrenoso con un punto teñido de bilis en la superficie, y algunas de ellas constituídas en su fondo únicamente por las serosas que era velamentosa, otras veces ya estaba desgarrada y producida la perforación del intestino. Uds. ven que poco aparente es lo que vio el clínico en el acto operatorio, que era la dilatación aneurismática de esta zona, anulares, necróticas. Desde este punto de vista la pieza ahora fijada no es tan característica, pero seguramente lo que el clínico vio en el momento del acto operatorio es similar a esta fotografía que es de otro trabajo, correspondiente a las formas aneurismáticas de linfosarcoma de intestino y donde por haberse fijado la pieza antes de seccionarla se ve la conservación de la dilatación aneurismática a nivel de la zona de infiltración linfosarcomatosa. Seguramente la retracción

de la pieza produjo la desaparición de esa dilatación que había en la zona tumoral. Un corte histológico total muestra que la pared intestinal está, total, profunda y difusamente infiltrada por un tejido tumoral maligno, que es toda esta zona violácea, que histológicamente tiene los caracteres de un linfoblastoma maligno de tipo reticulocelular. Es un reticulosarcoma del intestino delgado. Uds. ven que la muscular está ampliamente interrumpida, por ejemplo, en esta amplia extensión y seguramente esto es lo que corresponde a la zona de dilatación aneurismática por pérdidas del sostén de la capa muscular y destrucción consiguiente del plexo nervioso mio entérico. La superficie interna es profundamente necrosada y en diversos sitios se ve la perforación del intestino por destrucción total del tejido tumoral. Otras zonas muestran similar aspecto. Este segmento de intestino tenía 80 cms. de largo, y Uds. ven las profundas perforaciones por rotura que existían a nivel de la zona linfosarcomatosa. La muscular en esta parte casi no se observa y en estas zonas simplemente aparece en estos sectores. Esta es la histología correspondiente a la de un reticulosarcoma. De los tres casos referidos por nosotros en la Sociedad de Anatomía Patológica del año pasado, este lleva seis años de sobrevida, fue citado por el clínico en la disertación, al comienzo, y es una señora de 65 años con un síndrome de perforación de víscera hueca. Se le encontró en la intervención una perforación del ileon a dos metros de la válvula iliocecal. Se saturó y al mes hizo nueva oclusión por brida. Entonces se resecó el segmento operatorio, el segmento correspondiente, y allí había una lesión tumoral, estenosante, infiltrante y retráctil. La histología mostraba en partes el aspecto de una ulceración simple, inespecífica, con tejido de granulación inespecífico apoyado sobre una pared fibrosa. Pero en otras zonas era más aparente el entremezclamiento de un tejido de granulación joven con células de aspecto tumoral todavía no bien caracterizadas. Y en pocas zonas mejor definidas se pudo hacer diagnóstico de linfoblastoma maligno de tipo reticulocelular. Esta enferma con este reticulosarcoma infiltrante y perforado de intestino, lleva 6 años de sobrevida en el momento actual. Fue tratada únicamente por resección de la lesión y no se le ha hecho en ningún momento tratamiento radioterápico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FRAZER, J. W. Surg. Gynec. Obst., 108:182, 1959.
- 2) IRVINE and SOHNSTONE. — Brit. Journe. Surg., 42:611, 1955.
- 3) BURMAN y VAN WYK. — Ann. Surg., 143:349, 1956.
- 4) ULMANN y ABERHAOUSE. — Ann. Surg., 95:878, 1932.
- 5) STOUT y MARCUSE. — Cáncer, 3:459, 1950.
- 6) MARTIN y FRIEDEL. — Radiology, 59:49, 1952.
- 7) WARREN, SHIELDS and LULENKI. — Ann. Surg., 115:1, 1942.
- 8) McSWAIN, BARTIN and Beal. — Ann. Surg., 119:108, 1944.
- 9) SNODDY, W. T. — Gastroenterology, 20:537, 1952.
- 10) STOUT, A. P.; J. A. M. A. — 118:968, 1942.
- 11) RUVERTONI, F. y LARGHERO, P. — Ann. de la F. de M., Mayo, Junio, Julio 1929. 2-15.
- 12) CASSINELLI, J. F. — Linfossarcoma de intestino delgado. Curso de Graduados de Gastroenterología, 1960.
- 13) KARLEN, M. A. — Tumores malignos del intestino delgado. 20. Sesión para Graduados. Clín. Quirúrgica "B". Prof. del Campo, pág. 14, junio 1957.
- 14) AGUIAR y NANDE. — Reticulosarcoma del intestino delgado. Oclusión intestinal. Bol. Soc. Cir. Urug., 1956.
- 15) TAPIE, J.; MONIER, G.; BASTIDE, G. y MOREAU. — Bull. et Mém. Soc. Méd. Hop. París, 76:511, 1956.

Dr. Anavitarte: Yo no he tenido oportunidad de operar adultos con linfossarcoma de intestino. Pero en el niño, el linfossarcoma del intestino, de la última ansa ileal y de la válvula iliocecal no es un tumor muy raro. Se ve con cierta frecuencia, y ha tenido oportunidad de operar dos o tres casos. Los tres casos que recuerdo en este momento eran con invaginación intestinal. Y, leyendo, a raíz de un enfermo; que tuvo el Dr. Ormaechea en el servicio del Prof. Chifflet, hace 2 años creo, que también lo operó de urgencia con una invaginación intestinal, leyendo un trabajo que salió en Anales de Cirugía, daba un porcentaje de 80 % de linfossarcomas del intestino delgado acompañados de invaginación. La invaginación intestinal prácticamente acompaña a casi todos los infosarcomas del intestino en los niños y en los adolescentes. En cuanto al tratamiento y al pronóstico, yo operé uno de la válvula ileocecal, una niña procedente de Lascano, a la cual le hice una hemicolectomía derecha en plena invaginación intestinal. A los dos años sobrevivía, pero después no la pude seguir más. No se le hizo radioterapia. Pero todos los autores, o casi todos los autores que han tratado el tema, están de acuerdo que el tumor linfossarcoma intestinal del niño, a los 4 o 5 años de evolución, la mortalidad es alrededor del 78 % con los mejores tratamientos.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Dr. Arruti: En primer lugar yo quería destacar el hecho del diagnóstico, que, en general, todos los casos que se refieren han sido diagnósticos tardíos y todos los autores que se han ocupado del tema siempre insisten sobre la imprecisión que hay en la sintomatología del delgado. Pero de dos hechos que se destacan, es uno la anemia permanente que casi siempre se encuentran en estas lesiones, que el caso que presentaba el Dr. Valls como en el mío lo tenían. Y otro lo que el Dr. Valls decía: que no se ven en la fórmula leucocitaria, alteraciones leucemoides, pero lo cierto es una leucocitosis que en el caso de él era alrededor de los 15.000 glóbulos blancos; lo cual es referido como las cifras habituales. En cuanto a la faz del tratamiento, yo tenía acá las cifras, que justamente están tomadas de una monografía belga sobre 231 casos de sarcoma de intestino delgado en los cuales se analizan los 3 métodos terapéuticos. La realización de la cirugía sola, de la radioterapia sola como único método y la combinación de ambos resultados con las sobrevidas al cabo de 5 años. Este trabajo es del año 1955. En primer caso de la cirugía sola se da una sobrevida del 13 % para la radioterapia un 6 % y para la combinación de ambos métodos un 20 %.

Dr. Nande: Como el Dr. Valls ha hecho referencia a un caso, ya lleva 7 años dentro de pocos días. Lo operamos en el año 1954. La evolución ha sido favorable. Al año y medio hizo adenopatía axilar que puncionada y estudiada documentó de que se trataba de un reticulosarcoma, a pesar de la radioterapia que se hizo en el post operatorio. En el momento actual la enferma se siente bien, pero hace un mes y medio hizo un cuadro doloroso de la articulación coxofemoral y del isquión izquierdo. El estudio radiográfico documentó una descalcificación. Y la medicación con andrógenos la ha mejorado. Pienso en esta enferma hacerle una ooforectomía, es decir un abordaje de su pelvis para hacer la extirpación de los ovarios y estudiarlos. Porque en nuestra descripción habíamos documentado que encontramos los ovarios a la palpación, unos ovarios agrandados. No le hicimos en aquel momento la ooforectomía porque ya con el acto quirúrgico que le realizamos era suficiente. Actualmente tiene 65 años. Prometemos si le hacemos esa segunda intervención, traer toda la documentación y la evolución clínica.

Dr. Yanicelli: Voy a referirme a mi experiencia en niños. Desde luego el linfosarcoma tiene, como lo ha dicho el Dr. Anavitarte, en algunas oportunidades, la circunstancia, diremos, hasta cierto punto feliz de provocar un cuadro agudo de vientre, como la invaginación que pone al cirujano en las posibilidades de extirparlo si se trata de una localización limitada del ileón y de mesenterio vecino. Pero la mayor parte de los casos que hemos visto en la clínica de niños, desgraciadamente son linfosarcomas que invaden, no solamente los ganglios mesentéricos sino los ganglios yustaórticos y los operamos no con cuadros de invaginación

sino en la etapa de oclusión determinada por compresión por el tumor o por la propia invasión tumoral sin invaginación. El cuadro dramático es a veces ese; una oclusión se opera y se encuentra una invasión linfosarcomatosa. En alguna circunstancia han sido operados esos niños días o meses atrás por un cuadro agudo de vientre catalogado apendicitis. El caso del Dr. Arruti, puede ser feliz. Es una localización limitada y quizás con un tipo de célula neoplásica radio sensible. A ese tipo pertenece tal vez alguno de los casos que se han citado aquí con sobrevidas. Es un caso muy interesante y felicito a los comunicantes.

Dr. Piquinela: Como contribución a esta hermosa comunicación que se acaba de oír, vamos a referirnos a un enfermo cuyo caso presentamos en la Sociedad de Cirugía en el año 1957 y que tuvo una sobrevida de 4 años. Tiene algunas cosas interesantes que justifican el que nos refiramos a él. El enfermo fue operado por nosotros en Setiembre de 1956 en la sala García Lagos; paciente de 48 años, había ingresado con el antecedente de crisis obstructiva, datando de 9 meses; se palpaba un enorme tumor paraumbilical derecho muy móvil. Se trataba de un tumor enteromesentérico de la primera asa yeyunal. Obligó, para poder hacer la resección, a liberar el ángulo duodeno yeyunal por sección del peritoneo parietal posterior y del músculo de Treitz. La sección proximal se hizo 5 cms. del tumor, la distal también; quedó un margen muy corto de primer asa yeyunal, pero la movilización permitió hacer una anastomosis término terminal. Tenía además un divertículo de Meckel que fue resecado. El estudio anatomopatológico del divertículo de Meckel no mostró ningún hecho de importancia y el estudio del tumor fue realizado en la posta de anatomía patológica por el Dr. Mateo. Mostró que se trataba de un linfosarcoma, una masa de 900 grs. de peso, lo que da una idea del volumen que había adquirido y que medía 18 x 14 x 8 cms., provocando una gran estenosis del delgado. Las fotografías están publicadas en el Boletín de la Sociedad de Cirugía del año 1957; lo traje aquí cuando llevaba un año y medio de evolución. La evolución inmediata fue buena hasta el año y medio. Un poco antes de los 2 años, ya estábamos en Pasteur, ingresó por una rectorragia. No se pudo hacer en él roentgenerapia post-operatoria porque volvió a trabajar a las pocas semanas de ser dado de alta, fuera de Montevideo.

Un poco antes de los dos años consulta por rectorragias. Una rectosigmoidoscopia evidencia un pólipo a 20 cms. del orificio anal. El pólipo es extirpado y el estudio anatomopatológico del pólipo revela una zona limitada de adenocarcinoma próximo a su base.

Vuelve a trabajar y reaparece en la sala 23, a principios del año pasado, cuando estábamos aproximadamente a un poco menos de tres años de la extirpación del pólipo y de 4 años de la primera intervención, es decir de la enterectomía por linfosarcoma. En ese momento hay una

gran caída del estado general y se palpa en el abdomen gruesas masas incluyendo una muy voluminosa que se toca en el Douglas. La rectosigmoidoscopia hecha en ese momento muestra que el recto está perfectamente normal y la zona de implantación del pólipo que había sido extirpado 3 años antes no muestra nada de anormal. El enfermo es reintervenido sobre todo con fines de exploración y de comprobación, y se encuentra una infiltración de tipo linfosarcomatoso en las paredes colónicas y en el delgado; una gruesa masa en el lóbulo derecho del hígado y varias en el epiplón; la que se palpaba en el Douglas era un voluminoso nódulo epiploico. Es este el que se reseca con fines de estudio anatomopatológico, informando el Dr. Toledo que se trataba de un linfosarcoma linfoplástico. El enfermo es pasado al Instituto de Radiología, donde es tratado por el Dr. Kasdorf por roentgenterapia. El resultado inmediato de la roentgenterapia fue sorprendente. Desaparece toda masa palpable y ello se acompaña de una recuperación llamativa del estado general que permitió que el paciente volviera a Río Branco de donde provenía, a trabajar. A los 4 años y pocos días de la primera intervención muere en pleno trabajo casi, sorprendido por una hemorragia intestinal que terminó con su vida en el curso de muy pocas horas. Tengo la impresión Sr. Presidente, que de acuerdo con algunos casos de sobrevividas interesantes que se han señalado hoy aquí se justifica que a la Sociedad de Cirugía, los cirujanos que han tenido oportunidad de operar linfosarcomas del intestino delgado traigan, aunque fuera en la media hora previa, el resultado de la evolución. Uno tiene la impresión de que se trate de una lesión extremadamente maligna, y de que el número de sobrevivientes sigue siendo muy reducido, sobre todo después de un plazo de varios años.

Dr. Ardao: Yo deseo referirme solamente a dos aspectos concretos desde el punto de vista anatomopatológico de este trabajo. Es clásico que en el linfosarcoma hay dos formas. Uno es el linfosarcoma regional y otro la linfosarcomatosis generalizada. Es posible que un linfosarcoma pueda desarrollarse en un territorio linfoideo del organismo y permanecer durante largo tiempo variable de años, como una lesión local. Es el linfosarcoma regional ganglionar del cuello, del mediastino, del yeyuno o de otros sectores del organismo. Y con referencia al tema de la linfosarcomatosis del intestino, es posible que algunas de estas observaciones correspondan a procesos regionales y otras seguramente corresponden a un proceso en marcha que no se debe entender como metastasis. Las que se han relatado en el hígado o en los ganglios axilares, serían manifestaciones evolutivas de una lesión difusa del sistema del reticulolinfoideo que toma diversos sectores. Es distinta la interpretación que se debe dar a una lesión que se encuentra secundariamente en la región operada o en otro territorio linfático como podría admitirse para un epiteloma u otro tipo de tumor conocido. A ese aspecto quería referirme en primer

término, y en segundo lugar a una característica también del punto de vista de la histología de este tumor en el intestino. Es un tumor que se caracteriza por la infiltración más que por la destrucción y es posible encontrar dentro de masas de tejido granulomatoso como ha sido mostrado aquí fibras musculares atróficas que sobreviven en medio del tumor. Largo tiempo es posible encontrar resto del tejido infiltrado pero no sustituido como sucede en los epitelomas o en otros tumores. Y es así como se encuentra la característica macroscopia señalada de tumor que infiltra el intestino sin estenarlo. Puede no aumentarle la luz, puede no ser aneurismático como hemos tenido oportunidad de estudiarlo en el servicio del ex Prof. Lasnier en el Maciel en observaciones aúptóicas de linfosarcomas de intestino que endurecen el segmento de intestino sin modificarle el calibre y conservándole una luz dilatada.

Dr. Otero: Una cosa que llama la atención en la evolución del linfosarcoma es que, precisamente como destaca el Dr. Valls, en un porcentaje relativamente alto de casos tienen sobrevidas prolongadas o curaciones definitivas. Es decir, por lo tanto, que frente a un tumor maligno del tubo digestivo que macroscópicamente no sabemos si es cáncer o si es sarcoma, debemos adoptar la actitud de por lo menos sospechar que es linfosarcoma, y que a pesar de su apariencia de gran extensión y propagación ganglionar podría ser reducible a tratamiento, en el caso de que fuese un linfosarcoma. Lo que quiero decir es lo siguiente: la importancia de considerar, de tener en cuenta, que una lesión maligna que independientemente de su tipo histológico denominamos linfoma maligno clínicamente, que invade una parte del aparato digestivo, estómago o intestino delgado puede curarse a pesar del aspecto de estar más allá de las posibilidades quirúrgicas aparentes si fuera un cáncer. Una razón de más para ser intervencionista, más reseccionista, o por lo menos para hacer menos abstencionista en la cirugía del cáncer del aparato digestivo tomado globalmente.

La segunda cosa que quiero decir es la siguiente: frente a una perforación de tubo digestivo, a nivel del delgado, excepción hecha de las perforaciones de origen definido, específico, como las de la fiebre tifoidea por ejemplo, en las cuales el problema es diferente, digo que frente a una perforación del delgado en la cual nosotros no tengamos certeza de su origen o de su etiología, debemos plantearnos la posibilidad de que pueda ser una lesión tumoral perforada aunque aparentemente eso no sea evidente en ese momento, y por lo tanto hay que plantearse la posibilidad, como señala el Dr. Valls de tener que tratar la perforación del intestino por una resección y no por un cierre simple de la perforación.

Dr. Valls: Yo tengo que agradecerle a los numerosos colegas que comentaron nuestro trabajo, y precisamente una de las cosas que buscaba era eso, que aportaran todos su experiencia, porque es un tema muy in-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

teresante. Yo quería hacer destacar como había dicho el Dr. Otero, que hay cuadros agudos de vientre con síndromes perforativos en el cual había una lesión y que si uno no sabe cual es la lesión hay que resecarla, hay que hacer la resección y por otro lado el número de casos que han sido operados con linfosarcoma que sí, evidentemente es una entidad de pronóstico muy grave, ha de ser más grave en el niño todavía, deja la esperanza de que tratados en forma precoz las formas localizadas, pueda haber un porcentaje de curación, porque dentro de la estadística, en que hay un 70 % de mortalidad, dice que hay un 30 % de sobrevividas. No sé que haya muchos neoplasmas que tengan un 30 % de sobrevividas al cabo de 5 años, y justifica en cierto grado el optimismo que tuvo Stoudt en el año 1952 cuando hizo un artículo que se llamaba "¿El Linfosarcoma es curable?" en el J.A.M.A. Y por este motivo es que yo he presentado este trabajo. Quedo agradecido a todos.