

UNA OBSERVACION DE LINFOSARCOMA DE DELGADO EN EL NIÑO (*)

Dr. César H. Arruti

Como contribución a la casuística nacional y, en especial, a la comunicación que presentarán los Dres. Valls y Cassinelli, traigo esta observación realizada en la Clínica Quirúrgica Infantil a cargo del Prof. Yannicelli, donde está registrada con el N^o 2335.

Resumen de la Historia Clínica de N. I. Correa Rocha.

Niña de 4 años que comienza en enero de 1959 con dolores periumbilicales tipo cólico, sin relación con las comidas y sin otros síntomas concomitantes. En 2 ocasiones vómitos con el dolor, que no lo calman. Se repetían una o dos veces semanales. No se alteró ni su apetito ni su peso. El tránsito intestinal continuó con su estreñimiento habitual; el urinario, normal. Palidez permanente que se acentuaba en las crisis dolorosas. Ingresó por primera vez el 11/III/59. En el examen se encuentra una niña normalmente desarrollada, con mucosas algo pálidas. El abdomen es depresible e indoloro. El hígado se palpa a 2 cms. del reborde, con caracteres normales; no hay bazo palpable. Por el tacto rectal se alcanzó a tocar una masa intra-abdominal móvil, lisa, indolora, de consistencia firme, del tamaño de una aveilana. El resto del examen es normal. La radiografía simple de abdomen y el colon por enema son normales. Estando en sala no acusó sintomatología. En exámenes sucesivos no se encuentra la masa abdominal, cuya existencia deja dudas. Es enviada nuevamente al médico del interior con la recomendación de vigilancia.

Repite el cuadro doloroso y se deciden a hacerle una exploración con el diagnóstico de probable quiste de ovario, abordándola por una incisión de Ffannestiel. Se encuentran con un tumor intestinal y la envían al Servicio, donde reingresa el 13/IV/59.

Su estado general es incambiado. Radiografía de tórax es normal. Reacción de Weber negativa. De otros análisis de laboratorio destacamos:

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

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

G. R. 2.850,000; Hb 10 grs. (59%; V. G. 1,03; G. B. 8,100; hematocrito 40%; proteinemia 7 grs. %.

Se le hacen dos transfusiones de sangre total, antibióticos de amplio espectro, sonda Cantor y se opera el 18/IV/59 con anestesia general y transfusión de 500 c. c.

Cirujano: Dr. Arruti. Ayudantes: Dr. F. Rosa, Pte. Acevedo. Anestésista: Pte. Inciarte.

Laparotomía para-rectal interna, derecha, infra-umbilical. Al abrir el peritoneo viene líquido seroso en pequeñas cantidades, que se seca con gasas. Se exterioriza ciego y última asa ileal, que están aplastados. Se explora el delgado y a un metro de su terminación hay un tumor de 10 por 6 cms. color amarillo rojizo, irregular, polilobulado, de consistencia firme. Discreto aumento de tamaño en el delgado proximal a la lesión. Hay gruesos ganglios adyacentes al tumor, de los cuales se destaca uno de unos 2 cms. y color blanquecino. El resto del mesenterio tiene una adenopatía difusa de caracteres inflamatorios. En el resto del abdomen, así como en el hígado la exploración no muestra alteraciones. Se efectúa la resección de unos 40 cms. de delgado con su mesenterio correspondiente. Anastomosis término-terminal con lino y gastergut. cierre de la pared de la manera habitual.

La evolución post-operatoria fue sin incidentes y al 4º día se restableció el tránsito intestinal.

Informe Anatómo-patológico.

Examen macroscópico: Dr. Jorge Pradines.

Pieza operatoria fijada en formol, constituida por un fragmento de intestino delgado y el mesenterio correspondiente. El intestino de calibre normal, mide aproximadamente 40 cms. de longitud y presenta a nivel de su parte media una formación tumoral, parietal, que envuelve toda la circunferencia del órgano a ese nivel, produciendo una moderada estenosis. En este sitio se ha fijado el epiplón de que se resecó un pequeño fragmento. En el mesenterio correspondiente a la lesión mencionada existen numerosos ganglios de consistencia elástica y color blanco-gris, cuyos tamaños oscilan entre 3 y 20 mms. de diámetro.

Al corte el tumor intestinal tiene un color blanco brillante, homogéneo, comprobándose que infiltra todo el espesor del órgano y que la mucosa en un pequeño sector se encuentra ulcerada o muy atrófica. Las formaciones ganglionares mesentéricas ofrecen un aspecto similar. Del material examinado se toman dos fragmentos de pared intestinal y dos fragmentos de ganglio archivándose el resto.

Examen microscópico: Dr. Alberto L. Matteo.

Los fragmentos examinados comprenden:

a) Pared intestinal y su meso:

La lesión descrita en la macroscopía tiene los caracteres histo-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

citológicos del RETICULO-SARCOMA (Linfosarcoma de células del retículo).

b) Ganglios linfáticos:

Uno de los cuales no muestra lesiones, en tanto que el mayor de ellos está ocupado casi totalmente por un área necrótica, con focos de calcificación.

En vista de este informe, se consulta al Dr. Leborgne, quien inicia inmediatamente radioterapia complementaria.

Tiene un tercer ingreso el 15/VIII/60, enviada por el médico del interior que sospecha una recidiva de su lesión. A pesar de no encontrarse en el nuevo examen clínico hechos anormales se realiza el 18/VIII/60 una laparotomía exploradora. Se explora detenidamente hígado, territorios ganglionares, sin encontrar recidivas. Se libera de adherencias la zona de anastomosis, sin encontrar lesiones. Se toma un ganglio mesentérico de esa zona y se envía para estudio. No presentaba lesiones histológicas que hicieran sospechar la recidiva. Desde entonces ha seguido bajo vigilancia periódica, persistiendo con buen estado de salud hasta la fecha, es decir a dos años de realizado el tratamiento.

Esta observación confirma lo sostenido por todos los autores que se ocupan del tema: la dificultad diagnóstica. Así Gorostia-gue, en su relato al XXVII Congreso Argentino de Cirugía dice: "su diagnóstico generalmente no se realiza en momento oportuno debido a la dificultad creada por la existencia de formas frustras y asintomáticas por un lado y por la forma común de manifestarse por otro, lo que hace que dada su rareza no son considerados para el diagnóstico, al que se llega tardíamente".

La sintomatología, como ocurre en las lesiones del delgado en general, y en esta afección en particular, es vaga, imprecisa, sin nada característico; ya que pueden manifestarse igualmente lesiones inflamatorias o formaciones embrionarias. Los síntomas suelen aparecer recién cuando se hace presente una metástasis o una complicación local; obstrucción, perforación.

Nuestra observación es ejemplo de historia clínica poco definida: crisis cólicas intestinales, sin repercusión general y sin una frecuencia llamativa. Tenía presente una anemia, que en el 80% de los casos es lo más acentuado del cuadro. Su fórmula leucocitaria, en cambio, no tuvo alteraciones. Esto difiere con lo re-

ferido como habitual: leucocitosis alrededor de los 15,000 elementos.

La masa palpable se encuentra en la tercera parte de los sarcomas del delgado y es confundida, en general, con una masa genital, como en este caso.

Otro aspecto a destacar es la frecuencia:

el 10% de los sarcomas del delgado ocurren en el niño; de ellos el más frecuente es el linfosarcoma —65%— asentando en general en el ileon; los retículo-sarcomas son más raros 12%.

Las metástasis son en el área ganglionar: mesentéricos, retro-peritoneales. Luego en orden decreciente de frecuencia: hígado: riñón, ganglio de Troissier o axilares, pulmón, etc. El retículo-sarcoma toma más precozmente el hígado.

El delgado se presenta como lugar ideal para el tratamiento quirúrgico de la lesión: exéresis del tumor con su área ganglionar. A ello debe de seguir la radioterapia complementaria. Esta conducta es la más generalmente admitida y para reafirmarlo damos estas cifras tomadas de la extraordinaria monografía de Chanoine sobre 231 sarcomas del delgado:

		Muerte al año	Sobrevida de 5 años
Cirugía sola	163	72%	13%
Radioterapia sola	48	85%	6%
Ambos métodos	20	33%	20%

EN SUMA: presentamos la observación de un retículo-sarcoma del delgado en una niña de 4 años de edad, que lleva 2 años de sobrevida libre de recidivas; y en la cual tuvimos oportunidad de un second look a los 16 meses de la operación inicial.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1 CHANOINE. — Tumores del Intestino Delgado. Acta Gastroenrol. Belga 18: 2163 - 1955.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

2. — FAULKNER W. y DOCKERTY B. — Lymphosarcoma of small intestine. Surg. Gynec. and Obst. 95: 76 - 1952.
3. MESTEL A. L. — Linfomasarcoma del delgado en el niño. Anales Cirugía 1: 116 - 1959.
4. — McCOMB A. y PRIDGEN J. E. — Afecciones malignas del delgado. Anales de Cirugía: 5: 615 - 1957.
5. RUVERTONI F. y LARGHERO YBARZ P. — Linfomasarcoma del delgado. An. Fac. Med. Montevideo. Julio 1929.
6. GOROSTIAGUE S. y col. — Tumores del Intestino Delgado y del Mesenterio. XXVIII Congreso Argentino de Cirugía. 1957.