

## *La laparotomía exploradora en la enfermedad de Hodgkin*

Dres. JULIO C. PRIARIO y JOSE L. MARTINEZ-APEZTEGUIA \*

En el curso de los últimos años los cirujanos han sido llamados a jugar un importante rol en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin.

Para que el tratamiento sea eficaz es preciso efectuar un minucioso balance lesional y este no puede lograrse ni aún con las más felices linfografías ni con los costosos estudios gamagráficos. Ninguna exploración puede ser más fiel que una laparotomía exploradora, la que puede explorar territorios ganglionares no visibles en las linfografías habituales (territorios de la mesentérica superior o inferior) y también evita cometer el error bastante frecuente de interpretar como diseminación tumoral algunas imágenes lacunares pseudotumorales.

Por otra parte la gran ventaja de la laparotomía exploradora está en el hecho de la realización de biopsia de todos los territorios gan-

glionares y de vísceras que como el hígado están frecuentemente contaminados. El bazo es otra víscera frecuentemente contaminada y por lo tanto debe realizarse sistemáticamente la esplenectomía, con lo cual se hace innecesaria la irradiación de dicha víscera y se evita de este modo las lesiones renales izquierdas por las radiaciones ionizantes.

### PREOPERATORIO

Se trata de enfermos que presentan una afección neoplásica, irradiados, en los cuales los desórdenes nutritivos metabólicos, son muy frecuentes. La anemia y la hipoproteinemia se encuentran en un elevado número de casos.

La fiebre constituye otro elemento a valorar, es irreductible con el tratamiento y no constituye contraindicación operatoria; la hemos visto desaparecer en el post-operatorio luego de extirpar un bazo contaminado. El tratamiento preoperatorio se reduce del punto de vista quirúrgico a tratar dicha anemia o hipoproteinemia. Debe contarse durante el acto ope-

---

\* Profesor Adjunto de Cirugía y Adjunto de Clínica Quirúrgica (Fac. Med. Montevideo).

torio con una suficiente cantidad de sangre, recuérdese que la hemorragia durante la operación es la complicación más frecuente que puede ocurrir.

### Anestesia

Estos enfermos se operan bajo anestesia general, la que debe proporcionar una buena relajación muscular, necesaria para una prolija exploración abdominal. Entre las dificultades señalaremos los problemas de vía aérea que pudieran existir en casos de desplazamientos traqueales ya sea por conglomerados adenopáticos cervicales o mediastínicos, o modificaciones de la topografía traqueal provocada por fibrosis post-irradiación.

### Incisión

Salvo en los niños donde puede realizarse una incisión transversa, en todos los demás casos debe emplearse una amplia incisión vertical que permita explorar con comodidad toda la cavidad abdominal, desde la pelvis al diafragma. En los niños la transversa de hipocondrio izquierdo, permite dicha exploración; en cambio en los adultos, es necesaria una incisión mediana o paramediana izquierda, supra e infraumbilical. En caso de grandes esplenomegalias, nos hemos visto obligados a ampliar la incisión agregando una transversa tipo T para poder dominar con seguridad el pedículo esplénico.

### Exploración

La misma debe ser cuidadosa, prolija; una o dos valvas de García Capurro, colaboran eficazmente en la exposición. Una sobre la parrilla costal izquierda para exponer la celda esplénica en el tiempo de esplenectomía y la otra a derecha.

*La exploración comprende:*

a) *Estado del hígado:* Existencia o no de hepatomegalia. Puede encontrarse en hígados afectados una hepatomegalia moderada, firme, visualizándose a veces pequeños o grandes nódulos en su superficie, blanco-amarillentos, densos y duros.

b) *Estado del bazo:* La esplenomegalia es frecuente en la enfermedad de Hodgkin. Los estudios realizados, demuestran que muy a menudo el bazo se encuentra afectado. Debe dejarse constancia en la exploración acerca de su tamaño, color, consistencia y existencia o no de nódulos. Hemos encontrado una gama de lesiones que van desde el bazo macroscópicamente normal, pasando por etapas de bazos evidentemente aumentados de tamaño, consistencia, con forma conservada y pequeños nódulos y casos más avanzados donde existen grandes nódulos que hacen prociencia en la superficie esplénica, de color blanco-amarillento y duros.

c) *Cadenas ganglionares:* Deben explorarse ordenadamente las cadenas ganglionares abdominales.

Comenzamos por el compartimiento inframesocólico, levantando colon transverso y epilón y llevando la masa de asas delgadas a la derecha. Procedemos así a la exploración de los ganglios ilíacos: primitivos, externos e hipogástricos. Recorriendo la zona precavo-aórtica, palpamos los ganglios pre y latero-aórticos. Pasamos luego a realizar un inventario de la cadena mesentérica inferior y terminamos esta exploración en la mesentérica superior. En este tiempo realizamos un exhaustivo examen visceral.

Reintroducimos las asas delgadas, colocamos el colon transverso en su sitio y procedemos al examen del compartimiento supramesocólico. Se investigará la existencia de adenopatías.

Frente a la existencia de adenopatías procedemos de la siguiente manera: Si están libres, móviles, no adheridas a elementos vasculares, las extirpamos y correctamente rotuladas se envían para estudio anatómico-patológico. De lo contrario realizamos una punción y extendemos el material en una lámina para estudio citológico.

d) *Examinamos detenidamente el tracto gastro-intestinal,* buscando pesquisar la existencia de hiperplasia linfogranulomatosa del tejido linfoideo visceral. Nos detenemos en el examen del estómago e intestino delgado, sectores en donde predominan las lesiones viscerales del Hodgkin.

e) *Terminamos la exploración abdominal realizando un balance lesional* en búsqueda de cualquier otro tipo de lesión asociada. A continuación realizamos una biopsia hepática que debe ser representativa de la lesión. Si es posible, en caso de existir nódulos, debe incluir uno de ellos. En caso de hígados macroscópicamente normales se aconseja igualmente efectuar una toma biopsica de cada uno de los lóbulos.

### TECNICA DE LA ESPLENECTOMIA

Tratándose de cirugía de elección, es propósito del cirujano antes de actuar sobre el bazo, ligar previamente los pedículos. Con ello y sobre todo en grandes esplenomegalias se evitan serios accidentes operatorios que podrían culminar con la muerte del enfermo en sala de operaciones.

Grandes esplenomegalias con adherencias parietales han sangrado profusamente cuando al querer luxarlos de su celda, se desgarran el parénquima esplénico.

Procedemos según estos tiempos quirúrgicos:

#### a) *Entrada en la retrocavidad.*

Entre las distintas vías de acceso a la retrocavidad y por ende a los vasos esplénicos consideramos más corta y más cómoda para una amplia exposición, aquella que secciona el ligamento gastrocólico. Se penetra en una zona frecuentemente avascular, que señala el límite entre el territorio de las arterias gastroepiploica derecha y el de la gastroepiploica izquierda, que raramente se anastomosan a pleno canal. Dicha zona se encuentra a la izquierda a la altura de la unión del tercio izquierdo con los dos tercios derechos de la curvatura mayor.

**b) Liberación de la gran curva.**

Se seccionan todos y cada uno de los vasos cortos cuidando de no incluir pared gástrica en las ligaduras. Paso a paso se secciona el ligamento gastroesplénico. Es más fácil ligar los vasos cortos del estómago si se ejerce una suave tracción sobre esta víscera. Se ha ligado de esta manera uno de los pedículos esplénicos. Hacia la derecha es necesario seccionar parte del ligamento gastrocólico, dejando la arcada vascular unida al estómago, para lograr una mejor exposición.

El estómago se desplaza hacia arriba, el colon transverso hacia abajo, quedando así ampliamente expuesta la retrocavidad. Los vasos esplénicos transcurren junto al borde superior del páncreas.

**c) Ligadura de arteria y vena esplénica.**

Expuesta la retrocavidad se individualiza fácilmente la arteria esplénica.

En caso de epiplón pancreático esplénico largo, la ligadura debe hacerse en ese sector; cuando se trata de pedículo corto, la ligadura vascular debe hacerse buscando los vasos en el borde superior del páncreas.

Dicha ligadura se hará lo más cerca posible de su terminación para preservar las ramas pancreáticas. En caso de pedículo escleroso con grandes masas adenopáticas que no permiten individualizar los vasos se procederá a la ligadura en bloque de arteria y vena. De ser posible se ligan los vasos por separado, (primero la arteria) esperando algunos minutos para ligar la vena. Con ello se consigue disminuir la cantidad de sangre contenida en el bazo.

En la disección de la arteria hay que tener cuidado de no herir la vena. Recuérdese que esta es posterior e inferior con respecto a la arteria y puede ser herida con el pasajillo.

**d) Luxación del bazo de la celda esplénica.**

En este tiempo puede molestar un ángulo izquierdo de colon fijado alto, en cuyo caso se desprende el sustentaculum lienis, se desciende el ángulo izquierdo con lo que se expone mejor la celda esplénica.

Cuando se trata de bazos pequeños, con vasos largos sin adherencias, la luxación no ofrece problemas y el bazo fácilmente se exterioriza por la incisión abdominal. Cuando los pedículos son cortos, o la hoja posterior del ligamento pancreático-esplénico se ha acolado, o se encuentran firmes adherencias del bazo a la pared, la exteriorización no es fácil. Es en estos casos donde al pretender luxarlo y no teniendo los pedículos ligados, se desgarran el bazo produciendo peligrosas hemorragias intraoperatorias.

Aconsejamos ligar o coagular bajo la vista las adherencias, proceder al decolamiento posterior siguiendo la vía prerenal. Habiendo ligado previamente los pedículos esplénicos, aunque en estas maniobras se desgarran el bazo, ello no ocasiona más que una hemorragia molesta producida solamente por la sangre contenida en el bazo.

Una vez luxado el bazo se coloca una compresa en la celda esplénica deshabitada y se procede al desprendimiento final ligando y seccionando el ligamento frenoesplénico o ligamento suspensor y ligadura en el hilio esplénico de todos los vasos.

Extirpado el bazo lavamos la celda esplénica, controlamos la hemostasis la que debe ser particularmente completa.

**c) Colocación de referencias metálicas.**

Es aconsejable colocar clips de plata o en su defecto agrafes sobre las áreas evidentemente contaminadas a fin de poderlas topografiar con placas radiográficas simples y de este modo dirigir precisamente la terapéutica radiante. En aquellos casos en que se hizo transposición de ovarios también es aconsejable colocar referencias metálicas a fin de evitar la irradiación de los mismos.

**LA TRANSPOSICION DE LOS OVARIOS**

En el caso particular de mujeres jóvenes se aconseja sacar los ovarios del área de irradiación para lo cual Exelby (1) aconseja efectuar una transposición como lo muestra el esquema.

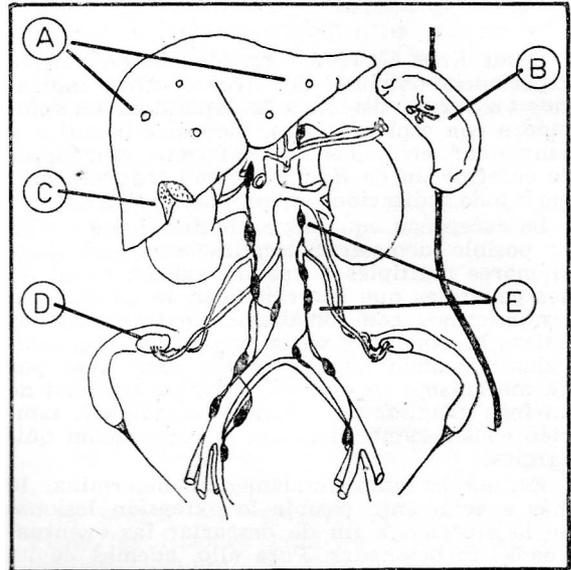


FIG. 1.— Exploración de la cavidad abdominal en la enfermedad de Hodgkin. Se deben efectuar los siguientes tiempos operatorios:

- 1º) Exploración manual y visual de todas las vísceras y regiones ganglionares.
- 2º) Toma biopsica de ganglios de diversos territorios en especial los precavaoárticos (E).
- 3º) Toma biopsica del hígado en zonas aparentemente enfermas (A) o en ambos lóbulos cuando la víscera es macroscópicamente sana (C).
- 4º) Esplenectomía (B) con los detalles de técnica expuestos en el texto.
- 5º) Transposición de ovarios (D) en las mujeres jóvenes.

## RESUMEN

Se expone la función del cirujano frente a los pacientes con enfermedad de Hodgkin. Se hacen consideraciones sobre la ventaja de la exploración quirúrgica frente a otros tipos de exploración.

Se describen los tiempos quirúrgicos de dicha exploración abdominal haciendo énfasis en las biopsias ganglionares y hepáticas. A la vez se describe la técnica empleada en la esplenectomía.

## RÉSUMÉ

Exposé sur la fonction du chirurgien dans le cas des patients atteints de la maladie de Hodgkin. Considérations sur l'avantage de l'exploration chirurgicale par rapport à toute autre.

Description des temps chirurgicaux de cette exploration abdominale où l'on met l'accent sur les biopsies ganglionnaires-utilisées dans la splénectomie.

## SUMMARY

The paper discusses the surgeon's approach to cases of Hodgkins' disease. Surgical exploration offers advantages over other types of exploration.

Surgical stages in this type of abdominal exploration are described with emphasis on ganglia and liver biopsies. The technique employed for performing the splenectomy is described.

## Bibliografía

- (1) EXELBY P. R.  
METHOD OF EVALUATING CHILDREN WITH HODGKIN'S DISEASE  
Ca - A Cancer Journal for Clinician 21:95: 1971.
-