

Correlación anatómo-clínica de los enfermos explorados

Dres. JUAN M. CAT, MIGUEL A. SICA, HERMES MATA
y HELMUT KASDORF *

Desde fines de 1970 y en conocimiento de la experiencia obtenida en otros centros, indicamos en forma sistémica la laparotomía exploradora con esplenectomía, bioóptica hepática y ganglionar en todos los enfermos portadores de enfermedad de Hodgkin como requisito previo a toda indicación terapéutica, (1) (2).

Se exceptúan aquellos pacientes en los cuales es posible demostrar localizaciones extraganglionares múltiples o cuando existen condiciones generales que contraindican la cirugía. En los enfermos con localización extraganglionar única, la conducta varía con cada caso individual: cuando aquella puede explicarse por un mecanismo de extensión por contigüidad de un foco ganglionar (estadios extendidos), también consideramos indicada la exploración quirúrgica.

Es, por lo tanto, fundamental, determinar lo más exactamente posible la extensión lesional de la afección a fin de descartar las eventualidades mencionadas. Para ello, además de un examen clínico completo, realizamos los siguientes estudios: 1) Hematológicos y humorales; 2) Radiológico simple y tomográfico de mediastino y pulmón; 3) Radiológico del esqueleto; 4) Biopsia de médula ósea; 5) Otros estudios especializados orientados por el examen clínico ante la sospecha de otras localizaciones.

Trabajo de la Sección Radioterapia del Hospital de Clínicas.

* Asistentes de Clínica Pediátrica y Radioterapia. Adjunto de Radioterapia. Profesor Adjunto de Radioterapia. Jefe de Sección (Fac. Med. Montevideo).

De acuerdo con los elementos obtenidos clasificamos el caso dentro de uno de los 4 estadios establecidos en el Simposio de Rye (3) y complementado con la definición de estadios "extendidos" en la reunión de expertos europeos y americanos realizada en Michigan durante el corriente año (4).

CASUÍSTICA

Presentamos los resultados de nuestra serie compuesta por 32 enfermos que fueron sometidos a laparotomía exploradora (Cuadro 1). La indicación quirúrgica se basó (Trabajo de la Sección Radioterapia del Hospital de Clínicas) en dos criterios: 1) Casos nuevos, vir-

CUADRÓ 1
LAPARATOMIA EXPLORADORA

32 casos	21 nuevos		
	11 evolucionados		
Estadios	I	- A	4
		B	4
Casos nuevos	21	II - B	3
		II - B	3
		III A	2
			1 dudoso
		III B	2
		I A	1
		II A	1
Casos evolucionados	11	II B	4
		III B	2
			1 dudoso
		IV B	2

genes de tratamiento en que el procedimiento se hizo con fines de estadificación, es decir, de realizar un balance lesional lo más acabado posible de los órganos intra-abdominales; 2) Casos evolucionados, tratados de una u otra forma entre 10 a 52 meses previo a la intervención; ésta se fundamentó con fines diagnósticos en algunas de las causas señaladas en el Cuadro 2.

CUADRO 2

INDICACION DE LA LAPARATOMIA
EN 11 CASOS EVOLUCIONADOS

Esplenomegalia	4
Síntomas constitucionales sin causa aparente	3
Ganglios inguinales anormales	2
Linfografía dudosa	1
Hepatomegalia y sint. constituc.	1

En la estadificación por procedimientos clínicos hubo dos casos catalogados como "dudosos": uno por una linfografía no concluyente y otro por un bazo límite en su tamaño radiológico.

Estudio del bazo

La esplenectomía se realizó en la totalidad de los casos y los resultados se exponen en el cuadro 3.

De ello destacamos: 1) De los 21 enfermos en que la laparatomía se practicó con fines de estadificación, 11 tenían lesiones esplénicas (52 %). 2) Del total de 32, hubo 23 pacientes en que no se demostró esplenomegalia por los métodos semiológicos, radiológicos o scintigráficos. Sin embargo 11 de ellos tenían lesiones esplénicas.

CUADRO 3

ESTUDIO DEL BAZO

	Normales		15
	32	Patológicos	
Esplenectomía			
		<i>Positiva</i>	
Esplenomegalia +	6	5	
Dudosos	3	1	
Sin esplenomegalia +	23	11	
<i>Scintigrama: 3 falsos negativos en 7 casos</i>			
Peso (30 casos):		(+) (-)	
Menos de 200 gms.		6 9	
De 200 a 400 gms.		5 3	
Más de 400 gms. . .		6 1	

+: por clínica, radiología, scintigrafía.

3 En un caso con esplenomegalia clínica no había lesiones hodgkinianas en el bazo, hecho comprobado también por otros autores (5, 6). 4) No hubo scintigramas patológicos en esta serie: los 7 realizados fueron negativos. Sin embargo tres tenían lesiones. 5) El peso del bazo corrobora la imprecisión del juicio por métodos clínicos: en 15 piezas de peso normal había 6 con lesiones hodgkinianas.

Estudio de los ganglios abdominales

Se tomaron una o más biopsias de ganglios linfáticos en 21 de los 32 enfermos laparotomizados, presentándose los resultados en el cuadro 4.

CUADRO 4

ESTUDIO DE LOS GANGLIOS ABDOMINALES

32 laparotomías: 21 con una o más biopsias ganglionares.
11 positivos: 5 de ellos con linfografía previa: 4 falsos negativos por estar fuera del área linfográfica podal.
Topografía anátomo-radiológica: 11 casos positivos.

Dentro del área linfográfica podal . . .	3
Fuera del área linfográfica podal	6
Ambas localizaciones	2

Se destaca: 1) Todos los casos con biopsias ganglionares positivas correspondieron a claras adenomegalias macroscópicas; las biopsias de ganglios normales en su apariencia, fueron siempre negativas. 2) Cinco de los 11 casos positivos habían sido estudiados previamente con linfografía podal; 4 de ellos en que el examen fue negativo resultaron, finalmente, falsos negativos pues tenían adenopatías hodgkinianas fuera del área linfográfica podal. Entendemos por tal el conjunto de ganglios y colectores opacificados cuando se inyecta la sustancia de contraste en el dorso del pie. En esta serie 6 de los 11 casos positivos tenían ganglios fuera de ella exclusivamente.

Estudio del hígado

En 26 de los 32 laparotomizados se practicó una biopsia hepática y los resultados se exponen en el cuadro 5.

CUADRO 5

32 laparotomías: 26 con biopsia hepática.
Total de casos positivos: 5.
De 17 bazos positivos: 12 hígados negativos
5 hígados positivos
los 5 "hígados positivos" tenían "bazo positivo".

Se señala: 1) Que en la mayoría de los casos las lesiones eran paucinodulares y de pequeño tamaño. 2) Que se confirma el hecho señalado por otros autores de que la lesión hepática se acompaña siempre de lesión esplénica (7). En la literatura por nosotros consultada sólo hay descrito un caso de hígado enfermo con bazo indemne (8).

Modificación del estadio post-laparatomía

Comparando la determinación de la extensión lesional valorada antes de la exploración quirúrgica (clínica y estudios complementarios) y después de ella se evidencian notorias diferencias, las que esquematzamos en el cuadro 6.

CUADRO 6
MODIFICACION DEL ESTADIO
POST-LAPAROTOMIA

21 casos "nuevos"

Sin modificación . . .	8
Con modificación	13
Más avanzados	11
Menos avanzados	2

El valor del procedimiento queda demostrado desde que en estos 21 casos vírgenes de tratamiento la estadificación clínica fue modificada casi en los dos tercios de los casos: la mayoría hacia estadios más avanzados, incluyendo los extremos máximos (2 casos de I-B a IV-B). Pero también a la inversa: 2 pacientes catalogados como estadio III pasaron a estadio II por comprobarse un falso positivo de una linfografía y una esplenomegalia hiperplásica respectivamente.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La realización de una laparotomía exploradora previo a todo tratamiento preconizada por la Escuela de Stanford en EE.UU. (7) responde a la importancia fundamental que significa el conocimiento más exacto de la participación de los órganos linfáticos intra-abdominales en la enfermedad de Hodgkin. Es indudable que, a estos fines, los métodos clínicos y paraclínicos son insuficientes pues, en un porcentaje importante de casos, no demuestran lesiones donde realmente existen o dejan dudas en cuanto a la interpretación de los resultados obtenidos. La exploración quirúrgica permite visualizar directamente los órganos más frecuentemente en riesgo y tomar biopsias en todos los sectores sospechosos, fuera de las que se hacen sistemáticamente, por lo que el hiato entre lo aparente y lo real se estrecha considerablemente.

Considerando sector por sector, a la luz de los resultados obtenidos y de investigaciones similares de otros autores es posible extraer conclusiones de importancia.

La exploración de los ganglios linfáticos permite descubrir adenopatías que no pueden ser reveladas por otros métodos de investigación (linfografía podal, urografía de excreción, cavografía) como las de los pedículos vasculares (mesentérico, del pedículo esplénico o hepático) o el sector profundo alto (ganglios celiacos). Es un hecho aceptado que éstos son los ganglios que más frecuentemente se comprometen en la enfermedad de Hodgkin aisladamente o asociados a los de los sectores pericavo-aórticos e ilíacos.

Se comprende la importancia del método en la primera de estas eventualidades, es decir cuando existen adenopatías fuera del área linfográfica podal concepto ya aclarado más arriba.

La participación del hígado en enfermos de Hodgkin es un problema difícil de dilucidar por los medios habituales de investigación. Ni los métodos morfológicos (radiografía simple

o por inyección de medio de contraste en el sector porta o suprahepático, scintigrama), histológicos (biopsia hepática con aguja a ciegas o "apuntada" con laparoscopia) ni mucho menos las pruebas de función hepática son capaces, en la mayoría de los casos, de detectar lesiones generalmente micronodulares que no llegan a trastornar la funcionalidad. La exploración quirúrgica con la inspección, palpación y obtención de biopsias (que pueden ser múltiples: quirúrgicas y con aguja) da una noción más aproximada aunque, lógicamente, no exacta como en todos los casos en que se busca información sobre el total a través de muestras parcelares.

Por razones similares las técnicas de estudio del bazo (clínica, radiológica y centellográfica) fracasan frecuentemente en demostrar la real afectación del órgano. Componen nuestra experiencia, como la de otros centros, casos de lesiones únicas de pocos milímetros de diámetro que no se visualizaban en la superficie externa del bazo y sólo se evidenciaban en la superficie de sección. De ahí que la esplenectomía sea un gesto fundamental, no sólo como medio inequívoco de diagnóstico sino también por las indudables enajas que reporta del puno de esta terapéutico. En este sentido la extirpación de un bazo enfermo supone la eliminación de un foco importante de la enfermedad, el que, por otra parte, parece ser el punto de partida obligado para la afectación del hígado. En la casuística es prácticamente constante que todo hígado hodgkiniano se acompaña de un bazo hodgkiniano y la participación de aquél agrava enormemente el pronóstico. Asimismo la esplenectomía facilita las técnicas de irradiación pues permite preservar el riñón y base pulmonar izquierdos; y el clipado del pedículo esplénico facilita su tratamiento radiante. Es claro que la esplenectomía sistemática implica extirpar un porcentaje de bazos indemnes; sin embargo se sostiene que ello no es una desventaja desde que es lugar de elección para la extensión de la afección pues potencialmente está en serio riesgo de participar, tarde o temprano en la enfermedad.

Muchas son, pues, las ventajas de la laparotomía exploradora como método de estadificación inicial en la enfermedad de Hodgkin. Si bien implica realizar una intervención quirúrgica con anestesia general, significa un beneficio para el enfermo por su mayor exactitud diagnóstica con respecto a los métodos clínicos y paraclínicos que, por lo numerosos, tienen también sus riesgos y causan muchas molestias al paciente; y como derivación de aquello es de ineludible importancia en el planteo terapéutico definitivo.

RESUMEN

Los autores, siguiendo investigaciones en curso, indicaron una laparotomía exploradora con esplenectomía, biopsia hepática y ganglionar en 32 casos de enfermedad de Hodgkin, 21 de los cuales eran vírgenes de tratamiento y 11 evolucionados. En el primer grupo encuentran modificación en el estadio establecido

por la clínica y paraclínica en 13 casos, la mayoría hacia estadios más avanzados (11) pero también hacia menos avanzados (2). En el segundo grupo puso de manifiesto focos activos que no habían podido demostrarse por los procedimientos habituales.

Se analizaron los resultados obtenidos en cada uno de los sectores abdominales investigados (bazo, ganglios e hígado) y se comparan con los derivados de los métodos clásicos. Se destaca que: 1) La mayoría de las lesiones esplénicas no podían sospecharse por los métodos clínicos (11 de 23 casos sin esplenomegalia); 2) La elevada frecuencia de adenopatías Hodgkinianas en sectores ubicados fuera del área linfográfica podal e imposibles de detectar por otros métodos; 3) Se confirma que la participación hepática es excepcional cuando no hay localización esplénica.

Teniendo en cuenta la importancia de la correcta estadificación en el planteo terapéutico de esta enfermedad y el hecho de que la esplenectomía constituye la forma de tratamiento más eficaz de esta localización, los autores se demuestran partidarios de la realización sistemática de la laparotomía y esplenectomía en los 3 primeros estadios de la enfermedad de Hodgkin.

RESUMÉ

Les auteurs, s'inspirant des recherches actuelles en la matière, ont préconisé une laparotomie exploratrice avec une splénectomie, une biopsie hépatique et ganglionnaire dans 32 cas de maladie de Hodgkin, dont 21 n'avaient jamais été traités et 11 étaient en cours d'évolution. Dans 13 cas du premier groupe, ils ont observé une modification au stade établi par la clinique et la paraclinique, pour la plupart aux stades les plus avancés (11 cas) mais parfois aussi aux stades moins avancés de la maladie (2). En ce qui concerne le deuxième groupe la méthode suivie a mis en évidence des foyers actifs qui n'avaient pu être décelés par les procédés habituels.

Les résultats obtenus dans chacun des secteurs abdominaux examinés sont analysés (rate, ganglions et foie) et sont comparés à ceux qui s'obtiennent par les méthodes classiques. Les auteurs soulignent que: 1) la majorité des lésions spléniques ne pouvaient être soupçonnées par les méthodes cliniques (11 cas sur 23 sans splénomégalie); 2) ils ont constaté une forte fréquence d'adénopathies de Hodgkin dans des secteurs situés hors de la zone lymphographique du pied qu'il était impossible de découvrir par d'autres méthodes; 3) ils confirment que la participation hépatique est exceptionnelle lorsqu'il n'y a pas de localisation splénique.

Etant donné l'importance de l'estimation exacte du stade de la maladie qui conditionne les prescriptions thérapeutiques et du fait que la splénectomie constitue le traitement le plus efficace dans cette localisation, les auteurs sont partisans de la réalisation systématique de la laparotomie et splénectomie aux trois premiers stades de la maladie de Hodgkin.

SUMMARY

In the course of current research on Hodgkin's disease, the authors indicated exploratory laparotomy with splenectomy and liver and ganglionic biopsy, in

32 patients, 21 of whom had never been treated and 11 presented evolution. In the first group they found modification of the stage established by clinical and paraclinical procedures in 13 cases, the majority in a more advanced state than expected, but also (2) in a less advanced stage of the disease. In the second group, active foci were found, which had not appeared when ordinary procedures had been employed.

Results obtained in each of the abdominal sectors studied (spleen, ganglia and liver) are analyzed in this paper and compared with those resulting from classic procedures. It should be noted that: 1) the majority of splenic lesions could not have been suspected with clinical methods; 2) there was high incidence of Hodgkin-type adenopathies in locations outside the lymphographic area which it would have been impossible to detect by classic methods; 3) this study confirms that liver involvement is rare when there is no splenic localization.

In view of the importance of arriving at a correct definition of the stage of the disease for the purpose of deciding upon the therapy to be applied—as well as the fact that splenectomy is the most efficient type of treatment for this localization—the authors favour systematic application of laparotomy and splenectomy for the three first stages of Hodgkin's disease.

BIBLIOGRAFIA

1. CAT, J. M., SICA, M. A., MATA, H. y KASDORF, H. Utilidad de la laparotomía exploradora y esplenectomía en el plan terapéutico de la enfermedad de Hodgkin. Comunicación preliminar. *Rev. Arg. Radiol.*, c: 268, 1971.
2. SICA, M. A., CAT, J. M., DE LOS SANTOS, J., FONTAN, W., DE STEFANI, E., MATA, E. y KASDORF, H. Utilidad de la laparotomía exploradora y esplenectomía en el plan terapéutico de la enfermedad de Hodgkin. *Rev. Interamer. Radiol.*, 6: 20, 1971.
3. ROSENBERG, S. A. Report on the Comitée on the staging of Hodgkin's disease. *Cancer Res.*, 26: 6, 1966.
4. KAPLAN, H. S. Comunicación personal. Agosto, 1971.
5. JELLIFFE, A. M., MILLET, Y. L., MANSTON, J. and col. Laparotomy and splenectomy as routine investigations on the staging of Hodgkin's disease before treatment. *Clin. Radiol.*, 21: 439, 1970.
6. RAKOTOARIMANANA, L., TRICOT, H., DIEBOLD, J. et al. Interet de la laparotomie et splénectomie au cours de la maladie de Hodgkin. *Ann. Med. Int.*, 121: 269, 1970.
7. GLADSTEIN, E., GUERNISAY, S. M., ROSENBERG, S. A. and KAPLAN, H. S. The value of laparotomy and splenectomy in the staging of Hodgkin's disease. *Cancer*, 24: 709, 1969.
8. BOUSQUET, R. Etude de l'extension dans la maladie de Hodgkin. Aspects chirurgicaux. *Actual. Hemat.*, 5eme. serie. p. 44. Paris 1971. Masson et cie. Ed.