

Laparotomía en linfomas no hodgkinianos

Dres. Tabaré Vázquez, Miguel Mate, Antonio Viola, Carlos Garbino, Manuel Torres, Jorge Decaro, Julio C. Priario y Helmuth Kasdorf *

Los autores presentan los hallazgos obtenidos con el empleo de la laparotomía exploradora, con criterio de estadificación o de necesidad, en 15 pacientes portadores de linfomas no-Hodgkinianos correspondientes al cuatrienio 1971-1975. La edad promedio fue de 39.4 años. Siete correspondieron al sexo masculino y ocho al femenino. En todos los casos se confirmó el diagnóstico histológico y fueron clasificados de acuerdo a lo señalado por Rappaport. Fue franco el predominio lesional en regiones ganglionares supradiafragmáticas y en vías aero-digestivas superiores (13/15 casos). En este grupo de pacientes el 38,4 % luego de laparotomizados pasó a un estadio clínico-patológico más avanzado; es decir, del estadio I al III.

Solamente en 6 casos se practicó una linfografía bipodal, que mostró adenopatias tumorales sobre el linfo-eje en un solo paciente, mientras que 7/15 laparotomizados, es decir, el 46,6 % de la casuística analizada presentaron adenopatias tumorales fuera del linfo-eje, y por ende, no evidenciables radiológicamente.

La morbilidad de la laparotomía hasta los 30 días de su realización fue nula en nuestra serie.

Se efectúan consideraciones sobre la importancia que tiene este procedimiento quirúrgico en la estadificación lesional, señalándose que para los estadios II no regionales, III y IV no se justifica su realización sistemática puesto que el tratamiento de elección es, en estos casos, poliquimioterápico. En cambio se la considera como un procedimiento útil, y muchas veces imprescindible, en los estadios iniciales I y II regionales puesto que puede permitir la comprobación de adenopatias tumorales intra abdominales no diagnosticables fácilmente por otro procedimiento paraclínico lo que conlleva a una modificación en la clasificación clínico-patológica del paciente situándolo en un estadio más avanzado determinando así una conducta terapéutica diferente de la que surge de la estadificación clínica exclusiva.

Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Lymphomas / therapy.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 3 de setiembre de 1975.

* Profesor Adjunto de Oncología, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Profesores Adjuntos y Médicos colaboradores de Oncología, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, Profesor Director del Departamento de Oncología.

Dirección: Adolfo Berro 989, Montevideo (Dr. Vázquez).

Departamento de Oncología (Prof. Dr. Helmuth Kasdorf) y Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. Jorge Pradines). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.

El notorio progreso al que hemos asistido en los últimos años para la estadificación y tratamiento de la enfermedad de Hodgkin (4) ha comenzado a beneficiar, por extensión, a los linfomas no-Hodgkinianos.

En éstos los avances han sido de menor importancia pero sin dejar de tener valor, permitiendo vislumbrar para los próximos años progresos sustanciales.

La radioterapia, la quimioterapia, nuevas concepciones sobre la citología de las líneas hematopoyéticas (6, 7, 10), intentos de clasificaciones patológicas sobre bases anatómicas (19), el radiodiagnóstico, el empleo de radioisótopos y procedimientos quirúrgicos de estadificación contribuyen, de una u otra manera, a comprender la patogenia de los linfomas.

El análisis de resultados obtenidos con diferentes procedimientos terapéuticos requieren una clasificación lesional basada sobre un balance sistémico reglado y exhaustivo en concordancia con las concepciones actuales (8, 20). Al respecto la laparotomía exploradora constituye un jalón de progreso pues permite el mejor conocimiento de la historia natural de estos linfomas y permite realizar una estadificación lesional más exacta que con los restantes métodos de diagnóstico (5, 9, 11, 12, 13, 14, 15).

MATERIAL Y METODOS

Se presentaron 15 enfermos portadores de linfomas no-Hodgkinianos, los cuales fueron laparotomizados ya fuera con criterio de estadificación o de necesidad. Los 15 casos analizados corresponden al período 1971-1975.

Las edades oscilaron entre 18 y 67 años; con una media de 39,4 años. La distribución por decenios fue la siguiente: 10-19 años un caso; 20-29 años dos casos; 30-39 años cinco casos; 40-49 años dos casos; 50-59 años tres casos y 60-69 años dos casos.

Siete casos correspondieron al sexo masculino y 8 al femenino; todos ellos de raza blanca.

El diagnóstico se confirmó por estudio anatómico-patológico en todos los casos y las láminas histológicas fueron revisadas por un equipo de patólogos para clasificarlas de acuerdo

a las variedades señaladas por Rappaport (18). Según la nomenclatura clásica 8 correspondían a reticulosarcomas, 6 a linfosarcomas y 1 correspondía a una forma reticulolinfosarcomatosa. De acuerdo a la clasificación de Rappaport 13/15 fueron linfomas difusos; de ellos 6 eran variedad histiocítica, 4 linfocítica bien diferenciada, 1 medianamente diferenciada, 1 indiferenciado y 1 mixto. Dos de los quince (2/15) eran linfomas nodulares que correspondieron cada uno de ellos a las formas medianamente diferenciada e histiocítica respectivamente.

Del punto de vista clínico predominaron las localizaciones supradiaphragmáticas (13/15), siendo los restantes abdominales. Sólo dos casos presentaron síntomas constitucionales por lo que se los incluyó en el grupo B.

De acuerdo a la topografía lesional inicial los dividimos en tres grupos:

- a) formas ganglionares puras: 7 casos;
- b) de vías aero-digestivas superiores (1, 2, 3, 22, 23): cavum, amígdala y seno maxilar, 6 casos;
- c) viscerales y/o abdominales: 2 casos.

Los procedimientos utilizados para la estadificación fueron: biopsia ganglionar quirúrgica; radiografía de tórax, linfografía bipodal convencional o radioisotópica, gammagrama hepático y esplénico, hemograma, proteinograma, VES, cupremia, punción biopsia hepática, punción biopsia de médula ósea (16), (en aquellos casos en que dicha biopsia no fue realizada en el acto quirúrgico).

De acuerdo a la clasificación actualmente aceptada observamos los siguientes estadios clínicos en:

- a) Formas ganglionares puras: IA cuatro casos; IIA tres casos.
- b) En vías aero-digestivas superiores: IA seis casos.
- c) A forma de presentación abdominal: dos casos cuyo estadio clínico no se estableció previamente, puesto que el diagnóstico se efectuó luego de la laparotomía exploradora.

Laparotomía y hallazgos patológicos.

De los 15 pacientes laparotomizados en 11 se la efectuó con criterio de estadificación y en 4 fue realizada de necesidad. En estos últimos se la practicó por la presentación de un síndrome suboclusivo en dos oportunidades, en enfermos que estaban en tratamiento por su linfopatia: en otro por la presencia de una esplenomegalia con repercusión general en la que no se había efectuado el diagnóstico lesional y en el restante caso, en una mujer joven con repercusión general, ictericia obstructiva y tumefacciones abdomino-pelvianas que planteaban la existencia de un neoplasma.

Analizando por separado estos dos últimos casos a presentación abdominal en los que no se había diagnosticado el linfoma no-hodgkiniano, el que fue realizado en función de la laparotomía, se comprobó que aquél de la es-

plenomegalia aislada demostró ser un linfoma nodular linfocítico con adenopatías de histología similar en el pedículo hepático, mientras que la biopsia hepática y la biopsia de médula ósea fueron negativas; por lo dicho, correspondía a un estadio clínico-patológico IIB_{SN}. En cuanto a la otra paciente, era portadora de un linfoma difuso linfocítico medianamente diferenciado, en la que el balance operatorio mostró: ascitis, bazo aumentado de tamaño (a pesar de lo cual no fue esplenectomizada), adenopatías del pedículo hepático y de la cadena pliórica positivas, infiltración linfomatosa de epiploon, hígado de caracteres macroscópicos normales y nódulo tumoral en trompa uterina izquierda positivo. No se realizó biopsia quirúrgica hepática ni de médula ósea, presumiéndose, por tanto, que correspondía a un estadio clínico-patológico IIB_{SN}. La biopsia de médula ósea y la biopsia hepática fueron realizadas en el postoperatorio y resultaron, ambas, normales.

La linfografía bipodal fue hecha solamente en 6 casos, en uno fue positiva, pero los ganglios afectados radiológicamente no fueron certificados en el acto operatorio; en los 5 pacientes con linfografías negativas no se demostró la existencia de adenopatías tumorales en la exploración quirúrgica.

Realizada la laparotomía se comprobaron las siguientes modificaciones entre el estadio clínico y el patológico. En las formas ganglionares puras, avanzaron del estadio IA al IIIA dos de siete casos (2/7), y en las formas de vías aerodigestivas superiores, avanzaron del estadio IA al IIIA tres de los seis enfermos (3/6). Es decir que 5/13 que corresponden al 38,4 %, avanzan de un estadio clínico IA a un estadio clínico-patológico IIIA luego de la laparotomía.

Los siguientes fueron los hallazgos de las 15 laparotomías:

—14 biopsias hepáticas fueron negativas, el caso restante corresponde a una forma de presentación abdominal en la que se efectuó biopsia hepática percutánea postoperatoria;

—la esplenectomía fue realizada en 13 de los 15 casos; 9 fueron negativas, 2 fueron positivas y en 2 no se obtuvo el resultado anatómopatológico;

—en lo que respecta a la presencia de adenopatías tumorales, en 7 casos éstas fueron positivas y en 8 negativas. En el primer grupo, 5 correspondieron a las formas que cambiaron de estadio y 2 a las presentaciones abdominales. En todos los casos se observó una correlación exacta entre la histología inicial y la de los hallazgos de la laparotomía. Es de destacar, como hecho importante, que todos los ganglios colonizados estaban fuera del territorio visualizable por la linfografía bipodal, ya que correspondían a ganglios celíacos, del pedículo hepático o ganglios mesentéricos. En una sola oportunidad en donde existía gran difusión ganglionar tumoral, participaban también del proceso, ganglios situados sobre el linfo-eje.

La morbimortalidad de la laparotomía en nuestra casuística, hasta 30 días después de efectuada fue nula y en ningún caso se observó el pasaje de un grupo A a un grupo B post-laparotomía.

Las sobrevidas se sitúan entre 1 y 43 meses de evolución, ya que en tres casos la laparotomía se efectuó recientemente. Los 3 enfermos que fallecieron lo hicieron durante el curso de la quimioterapia; dos de ellos por resistencia a la misma con evidente extensión lesional y el restante como consecuencia de un absceso de pulmón instalado durante la segunda serie de COPP. En el cuadro siguiente se detalla la sobrevida de los 15 pacientes laparotomizados.

SOBREVIDAS

Linfomas no Hodgkinianos laparotomizados

	Caso 1	—	8 meses
	Caso 2		18 meses
FALLECE	Caso 3		2 meses. De necesidad
	Caso 4		8 meses
	Caso 5		1 mes
	Caso 6		1 mes
	Caso 7		12 meses
FALLECE	Caso 8		23 meses
	Caso 9		8 meses
	Caso 10		2 meses
FALLECE	Caso 11		6 meses. De necesidad
	Caso 12		8 meses
	Caso 13		43 meses. De necesidad
	Caso 14		1 mes
	Caso 15		20 meses. De necesidad

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Consideramos que cobra jerarquía la indicación de la laparotomía en los linfomas no-Hodgkinianos en aquellos centros oncológicos que utilizan la radioterapia (21) como arma terapéutica de primera línea para esta afección, no sucediendo lo mismo para los centros en los que la quimioterapia (17) es el tratamiento de elección. Sin embargo, tanto en uno como en el otro caso, mientras no existan otros procedimientos de estadificación de las lesiones intra-abdominales, de más fácil realización y de por lo menos igual eficacia, la laparotomía exploradora contribuirá al mejor conocimiento de la historia natural de estas enfermedades, así como a tener una más clara idea del punto de partida inicial para evaluar los resultados terapéuticos, es decir, correlacionar en forma más precisa evolución, pronóstico y tratamiento.

En los linfomas no-Hodgkinianos la laparotomía se encuentra limitada en sus indicaciones por los siguientes hechos:

1) La edad; ya que la edad promedio de presentación de esta enfermedad es alta, es mayor que la de la enfermedad de Hodgkin, debido a que su frecuencia aumenta a partir de la cuarta década de la vida y diferentes afecciones respiratorias, cardiovasculares, etc., pueden limitar su realización.

2) En los estadios II no regionales (es decir aquellos pacientes con territorios ganglio-

nares que no están afectados en continuidad linfática), estadios III y estadios IV no se justifica realizar la laparotomía ya que cualquiera sean los hallazgos el tratamiento será el mismo: poliquimioterapia como tratamiento de elección.

En cambio consideramos que la laparotomía tiene su indicación principal como procedimiento de estadificación en los linfomas no-Hodgkinianos en los estadios I y II regionales tanto para aquellas formas de inicio ganglionar, en las de vías aero-digestivas superiores y con un doble criterio, diagnóstico y de estadificación, en las formas extraganglionares primitivas. Señalamos, por su importancia, que en estos enfermos la laparotomía debe ser seriamente analizada, antes de su indicación y es preferible comenzar por el estudio de una biopsia de médula ósea o de una punción biopsica hepática percutánea. Si ambos exámenes son normales se decidirá una laparotomía exploradora, aunque hay autores que sugieren efectuar antes que ésta una fibroperitoneoscopia.

Si bien la casuística presentada no permite obtener resultados estadísticamente significativos —por lo reducido de la muestra— 5 de los 13 pacientes laparotomizados por su linfoma no-Hodgkiniano, en un estadio clínico I presentaron lesiones intraabdominales, avanzando a un estadio clínico-patológico III, lo que corresponde al 38,4 % de la serie analizada. Este hecho muestra de por sí la importancia que este procedimiento tiene para definir el tratamiento más correcto en estos casos.

Igual significado jerárquico tiene el hecho de que 7 de los 15 laparotomizados (46,6 %) presentaron adenopatías tumorales todas ellas fuera del linfo-eje y, por lo tanto, no evidenciables por la linfografía bipodal. Si éstas no hubieran sido detectadas por la exploración quirúrgica la conducta terapéutica no hubiera sido la más adecuada.

Consideramos de importancia la centralización de la información obtenida en estos pacientes al ser laparotomizados, para obtener cifras que permitan adoptar una conducta futura basada en estadísticas definitivas.

No existe aún una conducta precisa y aceptada internacionalmente sobre la realización de la laparotomía exploradora en los linfomas no-Hodgkinianos a pesar de los resultados presentados por diferentes autores.

RESUME

La laparotomie dans les lymphomes non-Hodgkiniens.

Les auteurs présentent les résultats obtenus grâce à la laparotomie exploratrice, utilisée soit dans le but de déterminer le stade de la maladie soit par nécessité dans le cas de 15 patients porteurs de lymphomes non-hodgkiniens, pendant la période 1971-1975. L'âge moyen des patients était de 39,4 ans, 7 appartenant au sexe masculin et 8 au sexe féminin. Dans tous les cas le diagnostic histologique fut confirmé et le classement fait suivant la méthode établie par Rappaport. Il y eut

une nette prédominance lésionnelle dans les régions ganglionnaires supra-diaphragmatiques et dans les voies aéro-digestives supérieures (13 sur 15). Dans ce groupe de patients après la laparotomie 38,4 % sont passés à un stade clinico-pathologique plus avancé c'est-à-dire du stade I au III.

Une lymphographie bipodale fut pratiquée dans 6 cas seulement ce qui permit de constater des adénopathies tumorales sur le lympho-axe chez un seul patient alors que 7 cas sur 15, c'est-à-dire 46,6 % des patients analysés présentèrent des adénopathies tumorales hors du lympho-axe et qui ne pouvaient donc être décelées radiologiquement.

La morbimortalité fut nulle dans les 30 jours qui suivirent la laparotomie pour cette série de cas.

Les auteurs formulent des considérations au sujet de l'importance de cette technique chirurgicale pour la détermination des stades lésionnels et signalent que dans les stades II non régionaux, les III et IV son application systématique n'est pas justifiée. Le traitement à choisir, dans ces cas, est poly-chimio-thérapeutique. Par contre elle est considérée utile, très souvent indispensable, aux stades initiaux I et II régionaux. En effet, elle permet de constater des adénopathies tumorales intraabdominales ne pouvant être facilement diagnostiquées par d'autres méthodes para-cliniques qui entraînent une modification dans la classification clinico-pathologique du patient, le situant à un stade plus avancé et déterminant ainsi une conduite thérapeutique différente de celle qui apparaît par la détermination du stade clinique exclusivement.

SUMMARY

Laparotomy in non Hodgkin's lymphomas.

The authors present their experience and findings with staging laparotomy in 15 patients with non-Hodgkin's lymphoma, during four years (1971-1975). The median age of the patients was 39,4 years. Seven were males and eight women. Diagnosis in all cases was confirmed by histopathology and classified in accordance with Rappaport. Lesions predominated in supradiaphragmatic lymph nodes and high aero-digestive tract (13/15 cases). In this group, after laparotomy, 38,4 % advanced in the clinicopathological classification, from stage I to stage III.

Only in 6 cases bipodal lymphangiography could be done, but only in one of these patients tumoral lymph nodes could be seen at the level of the lymph node axis; on the contrary 7/15 laparotomized patients (46,6 %) presented tumoral lymph nodes outside the lymph node axis, so that they could not be seen radiologically.

Morbimortality of laparotomy until 30 days was none. The importance of this technique for the clinicopathological staging is emphasized, but insisting that for stage II non regional, stage III and IV it is not justified to employ it systematically. Instead, it is a most useful method in stage I and stage II regional, because it permits the finding of intraabdominal tumoral lymph nodes that could not be proved by other paraclinical studies, implying this modifications in the previous clinico-pathological classification; since staging is more advanced a change to therapeutic schedules more appropriated to the real extension of the disease is necessary.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BANFI A, BONNADONNA G, CARNEVALLI G, MOLINARI R, MONFARDINI S and SALVINI E. Lymphoreticulosarcomas with primary involvement of Waldeyer's ring, clinical evaluation of 225 cases. *Cancer*, 26: 341, 1970.
- BANFI A, BONNADONNA G, RICCI SB, MILANI F, MOLINARI R, MONFARDINI S, ZUCALI R. Malignant lymphomas of Waldeyer's ring: natural history and survival after radiotherapy. *Br Med J*, 3: 140, 1972.
- BRUGERE J, SCHLIEUGER M, GERARD-MARCHANT R, TUBIANA M, POUILLART P et CA-CHIN Y. Lymphosarcomes et reticulosarcome des voies aéro-digestives supérieures. Histoire naturelle et résultats de la radiothérapie. *Bull Cancer*, 61: 79, 1974.
- CARBONE P, KAPLAN H, MUSSHOF K, SMITHERS D, TUBIANA M. Report of the committee on Hodgkin's disease classification. *Cancer Res*, 31: 1860, 1971.
- CHABNER BA. Percutaneous liver biopsy, peritoneoscopy and laparotomy. An assessment of relative merits in the lymphomas. *Br J Cancer*, 1974 (in press), citado por (21).
- CHELLOUL N. Moyens du approche d'une classification nosologique des sarcomes ganglionnaires. *Bull Cancer*, 61: 35, 1974.
- DIEBOLD J. Reflexions sur le classifications morphologiques des hematossarcomes lymphoïdes. *Bull Cancer*, 61: 37, 1974.
- DORFMAN R. The non-Hodgkin's lymphomas. Citado por (18).
- FERGUSON DJ, ALLEN LW, GRIEN ML, MORAN ME, RAPPAPORT H, ULTMANN JE. Surgical experience with staging laparotomy in 175 patients with lymphomas. *Arch Intern Med*, 131: 356, 1973.
- GERARD-MARCHANT R. Une nouvelle approche physiomorphologique des lymphomes malins non hodgkiniens. *Bull Cancer*, 61: 1, 1974.
- GLATSTEIN E and GOFINET DR. Staging of Hodgkin's disease and other lymphomas. *Clin Haematol*, 3: 77, 1974.
- GOFFINET DR, CASTELLINO RA, KIM H, DORFMAN RF, FUKS Z, ROSENBERG SA, NELSEN T, KAPLAN HS. Staging laparotomies in unselected patients with non Hodgkin's lymphomas. *Cancer*, 32: 622, 1973.
- HASS AC, BRUNCK SF, GULESSERIAN HP, GIVLER RL. The value of exploratory laparotomy in malignant lymphoma. *Radiology*, 101: 157, 1971.
- JONES SE. Clinical features and course of the non-Hodgkin's lymphoma. *Clin Haematol*, 3: 131, 1974.
- JONES SE, FUKS Z, BULL M, KADIM M, DORFMAN R, KAPLAN H, ROSENBERG SA and KIM H. Non Hodgkin's lymphomas IV Clinicopathological correlation in 405 cases. *Cancer*, 31: 806, 1973.
- JONES SE, ROSENBERG SA, KAPLAN HS. Non Hodgkin's lymphomas. I bone marrow involvement. *Cancer*, 29: 954, 1972.
- POUILLART P, HAYAT M, GERARD-MARCHANT R, SCHLUMBERGER JR, AMIEL JL, MATHE G et TUBIANA M. Les hematossarcomes "lymphomes" malins non-hodgkiniens chez l'adulte. La chimioradiothérapie appliquée aux stades et/ou formes topographiques III et IV. *Bull Cancer*, 61: 111, 1974.
- RAPPAPORT H. Tumors of the hematopoietic system. En: Atlas of tumor pathology. Washington D.C. Armed Forces Institute of Pathology 1966.
- RAPPAPORT H. Nouveaux concepts dans la classification des hemopathies malignes. *Bull Cancer*, 61: 11, 1974.
- TUBIANA M et LE BOURGEOIS JP. La classification et le bilan des hematossarcomes. *Bull Cancer*, 61: 39, 1974.
- TUBIANA M, POUILLART P, HAYAT M, SCHLIEUGER M, GERARD-MARCHANT R, SCHLUMBERGER J, BRUGERE J, AMIEL JL et MATHE G. Résultats de la radiothérapie dans les stades I et II des lymphosarcomes et reticulosarcomes. *Bull Cancer*, 61: 93, 1974.
- VAZQUEZ T, VIOLA A, SCHROEDER P, GARBINO C, TORRES M, KASDORF H. Primary extranodal nonHodgkin lymphomas of the head and neck. *International Congress of Lymphology*, 59, Argentina. 1975 p. 159.
- VIOLA A, GARBINO C, SCHROEDER P, TORRES M, VAZQUEZ M, KASDORF H. Linfomas de amígdala. Criterios de estadificación y tratamiento. *Jornadas Rioplatenses de Otorrinolaringología*, 389, Uruguay 1974.

DISCUSION

DR. AGUSTÍN D'AURIA.—Lo que voy a referirme no es a título personal sino a conversaciones que hemos tenido con personas que como señalaba el Prof. Kasdorf utilizan la quimioterapia como elemento fundamental de tratamiento.

Hemos visto que existe una cierta resistencia en esas personas a realizar la laparotomía en el tratamiento de los linfomas no Hodgkinianos y los argumentos que señalan ellos son: en primer término, el tipo de difusión ya que en el linfoma de Hodgkin sería una difusión predominantemente por vía linfática y por contigüidad y hoy en día se admite que en los linfomas no Hodgkinianos la difusión no es por vía linfática y se piensa que es principalmente por vía hematogena lo cual da origen a un proceso mucho más diseminado. Ellos plantean que la laparotomía tiene sólo su justificación en los casos que el Dr. Tabaré Vázquez señaló, una laparotomía de necesidad a los cuales habría que agregar también los casos en los que existe un hiperesplenismo, pero discuten el procedimiento en los cuales se haga la laparotomía para estadificación. Señalaba el Dr. Young en Buenos Aires la necesidad de hacer una punción biopsia hepática y laparoscopia. Claro que como cirujanos aquella famosa frase de para qué ver un cuarto por el ojo de la cerradura si se puede abrir la puerta, es muy fácil realizar una laparotomía. El problema no existe en la laparotomía en sí, sino en la esplenectomía asociada dado que la esplenectomía ha mostrado un hecho que aparentemente en estos 16 casos no se ha visto y es la presencia de procesos infecciosos señalados después de la esplenectomía cuando se hace el tratamiento de tipo radioterápico o quimioterápico. Señalaba Tanchini en el Congreso Mundial de Cáncer, una cifra de 87 % de casos sobre 232 pacientes que habían contraído enfermedades de tipo varicela-herpes, dentro de los cuales había un caso de herpes mortal. Después, Gansas, del Servicio de Salomón Barg, en Buenos Aires, había presentado algunos casos también de procesos de tipo infeccioso fundamentalmente herpes y algunos casos de neumopatía aguda con fallecimiento. Algunos eran linfomas Hodgkinianos y otros no Hodgkinianos tratados con quimioterapia y radioterapia.

Por lo tanto no es una medida indiscriminada, hacerla a todo linfoma no Hodgkiniano sino que tiene que seguir un estudio de un protocolo y probablemente en algunos años se pueda ver el justo valor de la laparotomía.

DR. ALBERTO VALLS.—Este trabajo es muy importante. Leí hace tiempo que muchas veces los linfomas empiezan en el abdomen. Por eso se explica que los linfomas del estómago y del intestino, a veces puede ser curado con un tratamiento quirúrgico. Nosotros tenemos un enfermo operado hace 11 años, por linfoma de estómago que evolucionó bien. Es decir que muchas veces empiezan localmente en el abdomen y pueden tener después expresión a distancia. Ese hecho merecería averiguar si no hay localizaciones abdominales.

Teniendo en cuenta lo que dijo el Prof Kasdorf creo que puede estar indicada la laparotomía porque permite estadificar, saber cuál es la extensión lesional y además uno vio que en estos casos aparentemente no estaba tomado el bazo, hay que tener en cuenta que el bazo es un órgano encargado de mantener la inmunidad contra las lesiones neoplásicas, de modo que quién sabe si no hacemos daño en sacar un bazo que tenga muy pocas lesiones o no las tenga. Nosotros hemos asistido por ejemplo a un neoplasma de colon en el cual le tuvimos que hacer de necesidad una esplenectomía y le dejamos el neoplasma que estaba como a 10 cm de distancia del estómago; me acuerdo que este enfermo hizo en un mes una fistula gástrica, tuvo una evolución rapidísima que no había tenido antes, es decir que pienso que la esplenectomía intervino en el aceleramiento de la evolución de este neoplasma y he visto enfermos que a partir de una esplenectomía realizada en un acto operatorio han evolucionado mucho más rápido. De modo que le tengo miedo a la esplenectomía que por otro lado aumenta las infecciones postoperatorias como decía el Dr. D'Auria.

DR. HELMUTH KASDORF. (Cierra la discusión).— Tanto el Dr. D'Auria como el Dr. Valls, a quienes le agradecemos los comentarios, han llamado la atención sobre el problema realmente más discutible que es el de las eventuales consecuencias que puede tener la esplenectomía dado que estos enfermos posteriormente son sometidos a tratamientos radiantes o químicos intensos. Existen trabajos que señalan que en Hodgkin más que en linfomas no-Hodgkinianos hay un mayor riesgo de las infecciones. Este problema está planteado pero creo que aún no hay un criterio todavía muy claro al respecto porque podría al mismo tiempo citarles en este momento lo que hace D'Angio en niños en el Hospital Memorial. Acaba de publicar un trabajo de 45 casos pediátricos del año 1970 a la fecha en los cuales les hace en forma de rutina la exploración quirúrgica del abdomen más una esplenectomía no señalando ningún problema de importancia. En el mismo sentido se manifestó hace poco en Buenos Aires la Dra. Schweisguth del Instituto Gustave Roussy. Es posible que la peritoneoscopia como la hace Young pueda resultar en el futuro muy adecuada, sin tener que recurrir a la laparotomía. Igualmente una centellografía ganglionar abdominal más precisa podría ser una buena alternativa.

Por ello es que en el trabajo que presentamos decimos que en el momento actual mientras no se hayan perfeccionado más los procedimientos y en nuestro medio sobre todo donde algunas técnicas no se pueden realizar tan fácilmente y reconociendo que los hallazgos operatorios son tan importantes como para orientar el tratamiento, consideramos que la laparotomía tiene su indicación fundamental en los Estadios I y II, tumores aparentemente localizados supradiafragmáticos y que pueden tener lesiones infraabdominales y si ello se comprueba, el tratamiento no puede ser regional.