

# Valor e indicaciones de la laparotomía en la Enfermedad de Hodgkin a presentación abdominal exclusiva

Dres. Alberto Viola Alles, Patricia Schroeder y Helmuth Kasdorf

Se estudian 13 casos de Enfermedad de Hodgkin a topografía abdominal exclusiva. De ellos 7 correspondieron a formas con compromiso ganglionar y 6 con participación de vísceras abdominales. Se presentaron clínicamente como síndrome febril prolongado las primeras, y como cuadros quirúrgicos las segundas.

En ambas situaciones se valora la importancia de la laparotomía exploradora como recurso de diagnóstico nosológico; exigiéndosele a la misma también un balance completo de extensión lesional de la afección de fondo.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Hodgkin's disease.

## INTRODUCCION

La cirugía ha ampliado su campo de acción en el estudio de los linfomas y en especial lo ha hecho en la Enfermedad de Hodgkin. La laparotomía exploradora es un recurso diagnóstico más en la etapa de evaluación de la extensión lesional, fundamentalmente en los estadios iniciales de esta afección (9, 14, 15, 23).

Pero es en las formas a topografía abdominal exclusiva de la Enfermedad de Hodgkin en donde a la cirugía se debe recurrir en dos circunstancias clínicamente muy diferentes (1, 5, 11, 13, 16, 20, 25). En unos casos cirugía de elección ante presentaciones con máscara quirúrgica aguda o subaguda. En otros, cirugía como último recurso diagnóstico ante cuadros febriles prolongados con o sin sintomatología digestiva y cuya interpretación nosológica persiste indefinida luego de prolijos estudios (2, 8, 24, 27).

## MATERIAL Y METODOS

Se incluyen en esta revisión 13 pacientes portadores de Enfermedad de Hodgkin a localización abdominal exclusiva, vale decir con compromiso de vísceras digestivas y/o ganglios intra o retroperitoneales.

Presentado en el 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Asistentes y Profesor del Dpto. de Oncología. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Ana Monterroso de Lavalleya Nº 2048, Ap. 101, Montevideo (Dr. A. Viola).

*Departamento de Oncología. Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Montevideo.*

Sus edades oscilaron entre 17 y 73 años. 3 correspondieron al sexo femenino, 10 al masculino; todos ellos de raza blanca.

|    | Edad | Sexo | Histología |                 | T. evol. (m.) |
|----|------|------|------------|-----------------|---------------|
|    |      |      | C. mixta   | D. linfocitaria |               |
| RL | 46   | M.   |            |                 | 3             |
| ES | 49   | M.   | †          |                 | 2             |
| CB | 54   | M.   |            | †               | 4             |
| AS | 52   | M.   |            | †               | 3             |
| LO | 72   | M.   | †          |                 | 15 (días)     |
| VF | 62   | M.   |            | †               | 4 (días)      |

FIG. 1.— Enfermedad de Hodgkin, forma abdominal. Presentación quirúrgica

|     | Edad | Sexo | Histología |                 | T. evol. (m.) |
|-----|------|------|------------|-----------------|---------------|
|     |      |      | C. mixta   | D. linfocitaria |               |
| SA  | 32   | M.   |            |                 | 1             |
| MG  | 23   | F.   |            | †               | 12            |
| MP  | 30   | F.   | †          |                 | 24            |
| JRP | 45   | M.   |            | †               | 4             |
| FS  | 33   | M.   |            | †               | 2             |
| CGC | 73   | M.   |            | †               | 3             |
| CP  | 17   | F.   |            |                 | 60            |

FIG. 2.— Enfermedad de Hodgkin, forma abdominal. Presentación médica.

De acuerdo a los planteamientos diagnósticos realizados se estudiaron con hemograma, VES, proteinograma electroforético, bacteriología de la expectoración, hemocultivos, serología —Widal, Hudlesson, Paul Bunell, células LE, radiología de tórax, aparato digestivo y/o urinario. A ninguno se le efectuó linfografía bipodal o linfocentellografía.

Las variedades histológicas se correspondieron 7 a deplección linfocitaria y 6 a celularidad mixta.

Hecho el balance operatorio en 7 de los 13 casos únicamente los ganglios estaban afectados; en los 6 restantes participaban estructuras viscerales, estómago en 4, e intestino delgado en los otros 2 enfermos.

**Presentación clínica:** Serán analizadas por separado las formas ganglionares y las viscerales o extranodales, buscando un patrón de presentación común a cada grupo.

En las formas ganglionares los síntomas más frecuentes fueron: repercusión general y síndrome febril en 5, dolores tipo cólico con náuseas y vómitos en 3, diarreas y dispepsia en 2, constipación y hematemesis en 1. El predominio del síndrome febril, la repercusión general y la inespecificidad de los síntomas digestivos hicieron plantear diversos diagnósticos tales como procesos infecciosos (tuberculosis, fiebre tifoidea, brucelosis), collagenopatías, litiasis biliar, neoplasias ocultas. Sólo en 3 de los 7 casos hubo firme sospecha de encontrarse frente a una linfopatía tumoral.

|                  | F. Ganglionares<br>(7) | F. Viscerales<br>(6) |
|------------------|------------------------|----------------------|
| Reperc. general  | 5                      | 2                    |
| Fiebre .....     | 5                      | 3                    |
| Dolor cólico ... | 3                      | 4                    |
| Náuseas          | 3                      | 4                    |
| Vómitos          | 3                      | 4                    |
| Diarrea          | 2                      | 1                    |
| Hematemesis      | 1                      | 1                    |

FIG. 3.— Enfermedad de Hodgkin, forma abdominal. Clínica.

En las formas viscerales la asociación de dolores cólicos, náuseas y vómitos y síndrome febril se dio en 4 oportunidades, en 1 caso hubo diarrea y en otro hematemesis. Configuraron cuadros de casi segura filiación quirúrgica y se planteó el úlcus gastro-duodenal, neoplasma gástrico, colecistopatía obstructiva litiasica y oclusión de delgado por bridas.

El hecho de que en la mayoría de los casos se fue a la intervención sin diagnóstico presuntivo de linfoma y de que el cirujano tampoco lo planteara durante el

acto quirúrgico, hizo que no se siguieran obviamente los criterios ahora clásicos de estadificación de estas afecciones. Es así que sólo en 3 casos se realizó biopsia ósea, en 4 biopsia hepática y en sólo 5 se efectuó esplenectomía.

Los grupos ganglionares involucrados fueron los mesentéricos en 5, lumbo-aórticos en 3, ilíacos y del pedículo hepático en 2.

Se hallaron además 3 bazos patológicos sobre los 5 estudiados, 1 hígado nodular y 1 infiltración peritoneal.

**Tratamiento:** Fue radiante en 10 de los 13 casos, de ellos en 6 se recurrió a la técnica de los segmentos móviles para la irradiación abdominal, en los restantes se usaron campos abdominales amplios. La poliquimioterapia tipo COPP se asoció en 3 de los 10 enfermos que recibieron radioterapia y fue exclusiva en los dos restantes; mientras que 1 paciente falleció en el postoperatorio inmediato sin tratamiento oncológico.

**Evolución:** Se encuentran vivos 5 de los 13 casos, todos en cura clínica; 1 a los 3 años de tratado, 2 a los 4 años, 1 a los 5 años y el restante a los 12 años.

De los 8 fallecidos 5 lo fueron antes del año y sólo un paciente superó los 2 años. El cuadro terminal fue con generalización de la enfermedad presentando gran repercusión, masas ganglionares intraabdominales, ictericia y ascitis en 4 de ellos. Los 2 restantes fallecieron uno por insuficiencia hepatocítica en el curso de hepatitis viral y el otro por insuficiencia cardio-circulatoria a los 2 días de operado.

Todos los fallecidos por su linfoma tenían en común la misma variedad histológica, en este caso deplección linfocitaria, 4 fueron formas ganglionares exclusivas en su presentación clínica inicial y los otros 2 eran del grupo a compromiso visceral.

## CONCLUSIONES

1. De los 13 casos de Enfermedad de Hodgkin localizada a la cavidad abdominal dos modalidades clínicas fueron las dominantes y se correspondieron a formas febriles prolongadas

| Ext. lesional |                 |                                          | Tratamiento | Evolución |          |
|---------------|-----------------|------------------------------------------|-------------|-----------|----------|
| Visceral      |                 | Ganglionar                               |             | Vivos     | Muertos  |
| RL            | Estómago        | Gastro - epiploico<br>Coronaria estomac. | PQT         | 5 años    |          |
| ES            | Estómago        | Coronaria estomac.                       | RT - MQT    | 4 años    |          |
| CB            | Estómago        | Bazo                                     | RT          |           | 9 meses  |
| AS            | Yeyuno - Hígado | Mesentéricos                             | RT - PQT    |           | 16 meses |
| LO            | Estómago        |                                          |             |           | 2 días   |
| VF            | Yeyuno          | Mesentéricos                             | RT          |           | 2 meses  |

FIG. 4.— Enfermedad de Hodgkin, forma abdominal. Presentación quirúrgica.

| <i>Ext. lesional</i> |                                                                 | <i>Tratamiento</i> | <i>Evolución</i> |                |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|----------------|
|                      |                                                                 |                    | <i>Vivos</i>     | <i>Muertos</i> |
| SA                   | G. ilíacos<br>G. lumbo aórticos                                 | RT                 | 12 años          |                |
| MG                   | G. mesentéricos                                                 | RT - PQT           |                  | 6 meses        |
| MP                   | G. lumbo aórticos<br>G. yuxta pilóricos                         | RT                 | 4 años           |                |
| JRP                  | G. lumbo aórticos<br>G. ilíacos<br>G. pedículo hepático<br>Bazo | RT                 |                  | 9 meses        |
| FS                   | G. ilíacos<br>G. pedículo hepático                              | RT                 |                  | 28 meses       |
| CGC                  | G. mesentéricos                                                 | PQT                |                  | 8 meses        |
| CP                   | G. mesentéricos<br>Bazo                                         | RT                 | 3 años           |                |

FIG. 5.—Enfermedad de Hodgkin, forma abdominal. Presentación médica.

en aquellos enfermos con compromiso exclusivamente ganglionar y a cuadros de presentación quirúrgica en quienes estaban involucradas vísceras digestivas.

2. Creemos se debe seguir el criterio de Meir Ben (24) para definir una fiebre prolongada de origen desconocido, o sea temperatura mayor de 38° de duración mayor de 3 semanas y cuyo origen no puede precisarse luego de exámenes de laboratorio y radiológicos habituales.

3. Jerarquizar el valor de la linfografía bipodal, no sólo ante la sospecha de un linfoma a topografía abdominal, sino también frente a un cuadro febril prolongado cuya etiología no se dilucida (4, 10, 17, 28).

4. Frente a estas situaciones Geraci (8) y Williams (27), aconsejan no prolongar la etapa diagnóstica y laparotomizar, situación que se dio en 7 de nuestros 13 enfermos; llegándose en los otros 6 a tal determinación por su presentación quirúrgica de entrada.

5. En el acto quirúrgico ante la mínima sospecha de una linfopatía tumoral efectuar las biopsias correspondientes (ganglionar, hepática y ósea) con clipado ganglionar y esplenectomía.

6. El pronóstico de esta topografía lesional de la Enfermedad de Hodgkin está condicionado en nuestra serie por la variedad histológica, ya que todos los sobrevivientes corresponden a la forma de celularidad mixta, independientemente de la extensión lesional (3, 6, 12, 16, 19, 20).

## RESUME

### Valeur et indications de la laparotomie dans la maladie d'Hodgkin à présentation abdominale exclusive

On présente 13 cas de maladie d'Hodgkin à topographie abdominale exclusive. Sept d'entre eux étaient des formes avec engagement ganglionnaire et 6 avec participation de viscères abdominaux. Ils se sont présentés cliniquement comme syndrome fébrile prolongé les premières et comme cadres chirurgicales les secondes.

Dans les deux cas on évalue l'importance de la laparotomie exploratrice utilisée comme recours diagnostique, en exigeant d'elle aussi un bilan complet de l'extension lésionnelle de l'affection profonde.

## SUMMARY

### Value and Indications of Laparotomy in Hodgkin's Disease with Exclusive Abdominal Topography

Report on 13 cases of Hodgkin's disease with exclusively abdominal topography. There was ganglia involvement in 7 of these patients and abdominal viscera were affected in 6 cases; the former appeared as a prolonged febrile syndrome and the latter as surgical cases.

There follows an evaluation of importance of exploratory laparotomy as a means for establishing nosologic diagnosis; this procedure should also involve a complete picture of lesional extension of the basic condition.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AZZOPARDI JG, MENZICZ T. Primary malignant lymphoma of the alimentary tract. *Br J Surg*, 47: 358, 1960.
2. BEN-SHOSHAN M, GIUS JA, SMITH IM. Exploratory laparotomy for fever of unknown origin. *Surg Gynecol Obstet*, 132: 994, 1971.
3. BRUNT PW, SIRCUS W, MACLEAN N. Neoplasia and the coeliac syndrome in adults. *Lancet*, 1: 180, 1969.
4. BUCALOSSI P, VERONESI U, BONADONA G, EMANUELLI H. I Linfomi Maligni. Milan. Ambrosiana, 1974.
5. COHEN N, CANTER JW. Hodgkins disease of the small intestine. Report of six cases. *Am J Dig Dis*, 4: 361, 1959.
6. EHRLICH AN, STALDER G, GELLER W. Gastro-intestinal manifestations of malignant lymphoma. *Gastroenterology*, 54: 1115, 1968.
7. FULLER LM. Results of large volumen irradiation in the management of Hodgkin's disease and malignant lymphomas originating in the abdomen. *Radiology*, 87: 1058, 1966.
8. GERACI JE, WEED LA, NICHOLS DR. Fever of obscure origin. The value of abdominal exploration in diagnosis. Report of 70 cases. *J.A.M.A.*, 196: 1306, 1959.
9. GLATSTEIN E, TRUEBLOOD HW, ENRIGHT LP, ROSENBERG SA, KAPLAN HS. Surgical Staging of Abdominal Involvement in unselected Patients with Hodgkin's Disease. *Radiology*, 97: 425, 1970.
10. HARDIN VH, HOHNSTON GS. Liver and spleen scintigraphy in staging Hodgkin's disease. *J Surg Oncol*, 3: 109, 1971.
11. JACKSON AS. Primary Hodgkin's disease of the stomach. *Am J Surg*, 94: 546, 1937.
12. JACKSON H, PARKER F. Hodgkin's Disease. *N Engl J Med*, 231: 343, 1944.
13. KAPLAN HS. Hodgkin's Disease. Cambridge. Harvard University Press. 1972.
14. KIM H, DORFMAN R. Morphological studies of 84 untrated patients subjected to laparotomy for the staging of non Hodgkin Lymphomas. *Cancer*, 33: 657, 1974.
15. MATE M, MARTINEZ DE LIMA G, LIMA F, PRIARIO JC. La cirugía en el diagnóstico de la Enfermedad de Hodgkin. *Cir Uruguay*, 45: 287, 1975.
16. MORAN EM, ULTMANN HE. Clinical Features and Course of Hodgkin's disease. *Clin Haematology*, 3: 1, 1974.
17. MUSSHOFF K. Diagnosis and Therapy of Malignant Lymphoma. Heidelberg. Springer, 1974.
18. NAQVI MS, BURROWS L, KARK AE. Lymphoma of the gastro-intestinal tract Prognostic guides based on 162 cases. *Ann Surg*, 170: 221, 1969.
19. NEIMAN RS, ROSEN PJ, LUKES RJ. Lymphocyte-Depletion Hodgkin's Disease. A Clinicopathological Entity. *N Engl J Med*, 231: 751, 1973.
20. SANGUINETTI C. Linfogranulomatosis maligna. Tesis de doctorado. Fac. Med. Montevideo.
21. SCHIMPF S, SERPICK A. Varicella zoster infection in patients with cancer. *Ann Intern Med*, 76: 241, 1972.
22. SCHLAGENHAUFER F. Ueber Granulomatosis des Magendarmtrakts. *Zentralbl Allg Pathol*, 24: 965, 1913.
23. VAZQUEZ T, MATE M, VIOLA ALLES A, GARBINO C, TORRES M, DECARO J, PRIARIO J, KASDORF H. Laparotomia exploradora en linfomas no Hodgkinianos. *Cir Uruguay*, 46: 200, 1976.
24. VIOLA ALLES A, SCHRODER P, GARBINO C, VAZQUEZ SANGUINETTI C, KARDORF H. Intra-abdominal Hodgkin's Disease. *International Congress of Lymphology*, 59, 1: 160, 1975.
25. WARREN K. Malignant lymphoma of the duodenum, small intestine and colon. *Surg Clin North Am*, 39: 725, 1959.
26. WEAVER DK, BATSAKIS JG. Primary lymphomas of the small intestine. *Am J Gastroenterol*, 44: 371, 1964.
27. WILLIAMS RD. Abdominal cancer and fever of undetermined origin. *Cancer*, 16: 83, 1966.
28. YEU-TSU N, LEE-JOHN S, SPRATT Jr. Malignant Lymphoma: Nodal and Extranodal Diseases. Chicago. Grune & Stratton, 1974.