

Linfoma gastrointestinal multicéntrico sucesivo

Dres. Alberto Piñeyro, Edgardo Torterolo y Luis Bergalli

Se presenta un caso de linfoma gastrointestinal multicéntrico sucesivo, tratado con éxito al cabo de 6 años, con la asociación de cirugía, telecobaltoterapia y quimioterapia. Se efectúan consideraciones sobre las formas extraganglionares de los linfomas malignos.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Lymphoma.

INTRODUCCION

Las linfopatías tumorales se clasifican desde el año 1966, siguiendo a Rappaport, en:

- linfomas Hodgkinianos;
- linfomas no Hodgkinianos.

Dentro de los linfomas Hodgkinianos, el 90 % son formas ganglionares y tan sólo un 5 a 10 % son formas extraganglionares.

En cambio dentro de los linfomas no Hodgkinianos, las formas extraganglionares alcanzan según las estadísticas entre 40 - 60 %.

Entre las localizaciones extraganglionares, señalamos como una de las más frecuentes la forma gastrointestinal.

A nivel del tracto gastrointestinal, representan tan sólo el 1 - 2 % de los tumores malignos. Su frecuencia varía según el sector considerado:

estómago	3 - 10 %
intestino delgado	20 - 40 %
colon y recto	0,5 %

Predominan en el sexo masculino en proporción de 2 a 1. En cuanto a su edad de aparición, el pico máximo es entre 20 - 40 años, aunque pueden verse a cualquier edad. Existen un 10 - 20 % de formas multicéntricas ya sean sincrónicas o sucesivas.

En nuestro medio, se han ocupado del tema: Kasdorf y Ferrari en su libro sobre linfopatías tumorales y en publicaciones aisladas: Arruti (2), Valls (9), Rubertoni (7), Mazza (6) y Armand Ugon (1). Sin embargo no hemos en-

Dpto. de Cirugía del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Dr. B. Rinaldi). Montevideo.

contrado publicaciones sobre formas multicéntricas sincrónicas o sucesivas, como el caso que presentamos hoy.

OBSERVACION CLINICA

Se trata de un paciente de 29 años, que ingresa al Departamento de Cirugía del Hospital Militar, en junio de 1972, por cuadro de 3 meses de evolución, caracterizado por dolor cólico abdominal, diarreas y repercusión general. Los exámenes complementarios efectuados no permitieron llegar a un diagnóstico nosológico y fue sometido a una laparotomía exploradora que mostró la existencia de 3 tumoraciones en asas yeyunales altas que formaban parte de la pared intestinal, con adenopatías en el mesenterio adyacente. Se efectuó resección yeyunal con anastomosis término - terminal y al estudio anatomopatológico, mostró que se trataba de un linfoma no Hodgkiniano primitivo intestinal. En el postoperatorio se iniciaron series de poliquimioterapia, que el paciente interrumpe en el año 1974 encontrándose asintomático.

En agosto de 1973, o sea aproximadamente a un año de su intervención, se realizó reparación de una eventración mediana que se aprovechó para efectuar un "second look" que no mostró elementos de recidiva ni difusión intraperitoneal.

El enfermo pasa asintomático hasta febrero de 1978 en que comienza con dolor cólico en epigastrio, vómitos ocasionales y adelgazamiento de 10 kilos. El examen clínico no reveló elementos de importancia y los exámenes complementarios efectuados: hemograma, velocidad de eritrosedimentación, mielograma, radiografía simple de tórax, estudio radiológico contrastado de esófago gastroduodeno y tránsito de delgado, fueron normales.

Frente al cuadro clínico que persistía, se decidió efectuar laparotomía exploradora en junio de 1978, que mostró:

Sector inframesocólico: asas delgadas vacías, sin porciones distendidas, no se palpan adenopatías en el mesenterio.

Sector supramesocólico: hígado de aspecto normal; bazo de tamaño discretamente aumentado, en estómago se palpan múltiples tumoraciones redondeadas, de 1 a

Asistente y Profesores Adjuntos de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Montevideo.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 25 de abril de 1979.

Dirección: Echevarriarza 3291, Ap. 302, Montevideo (Dr. A. Piñeyro).

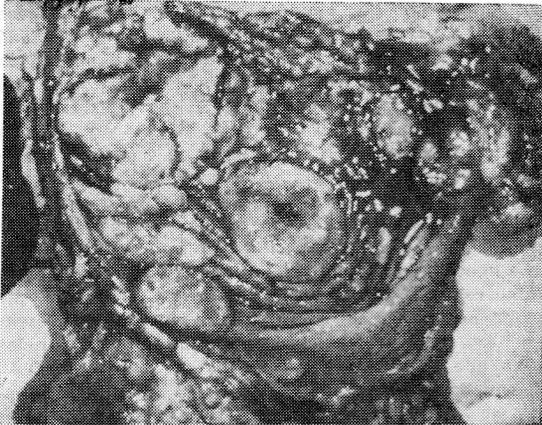


Fig. 1.—Foto de la pieza operatoria. Múltiples tumoraciones de cuerpo y antro gástrico.

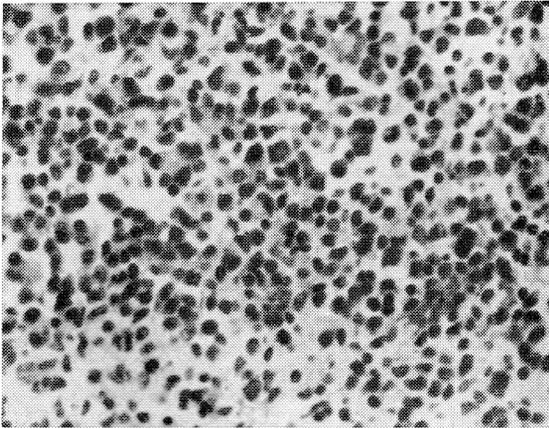


Fig. 2.— Microscopía: linfoma no hodgkiniano, linfo - histiocitario.

3 cms. de diámetro, ulceradas; no hay adenopatías en cadenas supramesocólicas (fig. 1).

Se efectuó esplenectomía pensando que podía tratarse de un linfoma gástrico se decidió realizar una gastrectomía total con reconstrucción del tránsito mediante asa tipo Hi e - Warren.

En el postoperatorio se efectuó alimentación parenteral, reinstalándose la vía oral a partir del décimo día. La evolución postoperatoria fue buena, dándose el alta, al decimosexto día, para efectuarse telecobaltoterapia y poliquimioterapia complementarias.

El estudio anatomopatológico mostró la presencia de múltiples tumoraciones en cuerpo y antro gástrico. A la microscopía: neoformación celular atípica que crece elongando y ulcerando la mucosa; en el espesor de la submucosa y desplazando la muscular. Está constituida por linfocitos maduros, linfoblastos y acúmulos de células reticulares.

En suma: corresponde a un linfoma no Hodgkiniano, gástrico, difuso, multicéntrico, de tipo mixto linfocitocitario (fig. 2).

RESUME

Limphome gastrointestinal multicentrique successif

Présentation d'un cas de lymphome gastrointestinal multicentrique successif, traité avec succès en 6 ans par la chirurgie, la télécobaltothérapie et la chimiothérapie. Considérations sur les formes extraganglionnaires des lymphomes malins.

SUMMARY

Successive Multicentric Gastrointestinal Lymphoma

A patient suffering from successive multicentric gastrointestinal lymphoma was treated successfully after 6 years through the association of surgery, telecobaltotherapy and chemotherapy. The paper, furthermore, discusses extraganglionic forms of malignant lymphomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON A, SAEZ H, SEGURA J, CAÑO C. Oclusión duodenal por reticulosarcoma. *Cir Uruguay*, 47: 150, 1977.
2. ARRUTI C. Una observación del linfosarcoma del delgado en el niño. *Bol. Soc Cir Uruguay*, 32: 178, 1961.
3. DAWSON IMP, CORNES JS, MORSON BC. Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. *Br J Surg*, 49: 80, 1961.
4. EHRLICH AN, STALDER G, GELLER W and SHERLOCK P. Gastrointestinal manifestations of malignant lymphoma. *Gastroenterology*, 54: 1115, 1968.
5. GENNARI L, SALVADORI B. Considerazioni su 42 casi di tumori linfocitocitari del tubo gastroenterico. *Tumori*, 52: 347, 1966.
6. MAZZA M, SARROCA C, REISSENWEBER J. Reticulosarcoma de intestino delgado perforado en peritoneo libre. *Rev Cir Uruguay*, 39: 132, 1969.
7. RUVERTONI F y LARGHERO YBARZ P. Linfosarcomas del ileon. *An Fac Med Montevideo*, 14: 590, 1929.
8. SPERLING L. Malignant lymphoma of the gastrointestinal tract. *Arch Surg*, 68: 179, 1954.
9. ALLS A, CASSINELLI. Linfosarcoma del intestino delgado. *Bol Soc Cir Uruguay*, 32: 81, 1961.

DISCUSION

DR. VALLS.— Este trabajo es interesante, se refiere a la presencia del linfosarcoma en el tubo digestivo y multicéntrico, en una etapa o en múltiples etapas. Nosotros hace 15 ó 16 años presentamos un caso y juntamos todos los casos de nuestro medio, eran sobre todo de yeyuno y de intestino delgado y pudimos juntar una cantidad de autores, y se veía que en muchos de esos linfosarcomas el origen era el tubo digestivo, y por eso es que se explica lo que decía Willis en el libro *Pathology of Tumors*, que una buena proporción no tiene adenopatías y el tratamiento de la lesión a nivel del intestino puede representar muchas veces la curación. Eso dio motivo a que Purdy Stout publicara en el

JAMA entre el año 50 y 60 un trabajo que se denominaba ¿Es el linfosarcoma gastrointestinal una entidad curable. Porque además eso explica por qué en un porcentaje apreciable no hay adenopatías todavía. Decía que muchos linfosarcomas empezaban en el tubo digestivo infradiaphragmático y cuando llegaban al cuello habían cruzado el cuerpo. Muy frecuentemente se presentan multicéntricos. El caso que nos sirvió a nosotros tenía todo a lo largo del intestino una forma de tipo pediculada a nivel de la última asa ileal y tenía múltiples formas ulceradas. El reticulosarcoma se ulcera con facilidad con destrucción de las fibras de los plexos mientéricos. Es la única forma tumoral que donde hace asiento el tumor hay dilatación y eso puede llevar a la ulceración y perforación. A ese enfermo nosotros lo operamos en el Maciel perforado y la dureza que presentaban las tumefacciones a nivel del intestino parecía que fuesen pelotitas de celuloide. Después eso me permitió hacer el diagnóstico varias veces. Hemos visto también linfosarcomas gástricos. Me

acuerdo de uno que ayudé a operar al Dr. Albo hace algunos años, llamado Romero Pérez que evolucionó muy bien. Y tuve oportunidad de ver en el año 74 en París, linfosarcomas gástricos y tratados solamente con quimioterapia. Me llamó la atención y recuerdo el caso de una muchacha que procedía de Bilbao y la trataba un doctor al cual enviaban después de 6 años de tratamiento con quimioterapia en forma exclusiva. La enferma era tratada con quimioterapia múltiple y se mantenía viva. Cuando un enfermo tiene un tumor del tubo digestivo y uno no sabe lo que tiene, si es un tumor de estómago uno está deseando que sea un linfocarcinoma porque tiene mayores posibilidades que un adenocarcinoma. Yo lo felicito por haber presentado este caso y por haberme permitido recordar los casos que yo reviví que pude hacer aparecer a flote en aquella presentación.

DR. PIÑEYRO.— Simplemente agradecer los comentarios efectuados por el Dr. Valls. Nada más.