

Linfoma linfocítico de fosa iliaca izquierda. Resección incluyendo vasos ilíacos con sobrevida de 8 años. Resección de metástasis raquídea con monoplejía crural. Recuperación funcional total

Dres. Raúl Praderi, Eduardo Navarro, Carlos Gómez Fossati, Milton Mazza, Julio De los Santos, Helmut Kasdorf, Martín Marx y Nuri Schinca

Un paciente de 56 años nos consultó en 1972 por recidiva de linfopatía tumoral. Se le había practicado un vaciamiento ganglionar inguinal en 1970.

Presentaba un grueso tumor ganglionar (Linfoma linfocítico) de Fosa Iliaca izquierda infiltrando el uréter y englobando a las arterias y venas ilíacas.

En esa fecha (1972) se practicó la resección en block del tumor incluyendo las arterias ilíacas primitiva y externa, las venas ilíacas primitivas y externa, un trozo de uréter izquierdo, un fragmento de vejiga, los anexos izquierdos y parte del psoas que estaban infiltrados.

Se restableció la circulación arterial mediante un by-pass de Dacron aorto-femoral. No se efectuó puente venoso.

Se confeccionó también una ureterocistoneostomía.

Seis años después aparece una recidiva raquídea con compresión y monoplejía crural derecha. Se operada resecaando la metástasis. La recuperación funcional fue excelente desapareciendo la plejía.

Dos años después (1980) reingresa por oclusión progresiva del delgado.

Operada se encontró una recidiva en el antiguo foco tumoral (F.I.I.) invadiendo el intestino delgado que se resecó.

Se destaca el éxito de la táctica agresiva aplicada en las tres oportunidades incluso con resección de gruesos troncos vasculares.

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

Presentado como Tema libre al 31º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1980.

Trabajo del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. CASMU.

Cirujano: Profesor de Clínica Quirúrgica. Neurocirujano: Ex Asistente de Neurocirugía. Cirujano: Prof. Adj. de Cirugía. Cirujano Vascular: Prof. Agdo. de Cirugía. Patólogo: Prof. Agdo de Anatomía Patológica. Oncólogo: Prof. de Oncología. Anestesiista: Prof. de Anestesiología. Fac. Medicina Montevideo, Traumatología. CASMU.

Dirección: Mones Roses 6435. Montevideo, Uruguay.

Relataremos esta curiosa observación de linfoma inguinal de 11 años de evolución.

La combinación de cirugía con exéresis extensas, radio y quimioterapia permitió esta sobrevida.

HISTORIA CLINICA

N.M. de S. — Paciente de sexo femenino de 56 años, que nos es enviada en 1972 por tumor ganglionar en la fosa iliaca izquierda.

En 1970 se había practicado allí un vaciamiento inguinal extrayendo la totalidad de la masa tumoral. El informe del patólogo fue linfosarcoma linfocítico. Al aparecer la recidiva fue vista por el mismo cirujano que consideró el caso de muy mal pronóstico con poca perspectiva de vida y rechazó la operación.

Después de estudiarla y constatar que no existían elementos de difusión neoplásica en otros territorios ni en sangre periférica resolvimos reoperarla en noviembre de 1972.

Se abordó la cavidad abdominal por una incisión mediana encontrando una masa tumoral extensa apoyada en los vasos ilíacos izquierdos que se extendía desde la bifurcación aórtica hasta el canal crural aflorando en el Triángulo de Scarpa.

La exploración del abdomen superior fue normal no existiendo evidencia de tumor visceral o linfático.

En la pelvis el tumor infiltraba totalmente a ambos vasos ilíacos primitivos y parte del psoas ilíaco. El uréter izquierdo infiltrado al cruzar el tumor estaba totalmente obstruido existiendo una hidroureteronefrosis por encima. Los anexos izquierdos y la vejiga también adherían a la masa linfosarcomatosa.

Resolvimos resecarla en block y reconstruir el eje arterial. La extirpación del tumor lo incluyó junto con la arteria iliaca primitiva izquierda, la vena homónima, los anexos, el cuerno lateral de la vejiga, un fragmento de psoas, el anillo crural y los ganglios inguinales izquierdos recidivados.

La reconstrucción se efectuó colocando una prótesis de dacron aorto-femoral izquierda con anastomosis término-terminal arriba y término-lateral abajo. Se practicó después una ureterocistoneostomía en túnel sobre la sutura de la vejiga implantando allí el extremo proximal del uréter. La enferma quedó sin vena iliaca primitiva, pero nuestra experiencia en el tra-

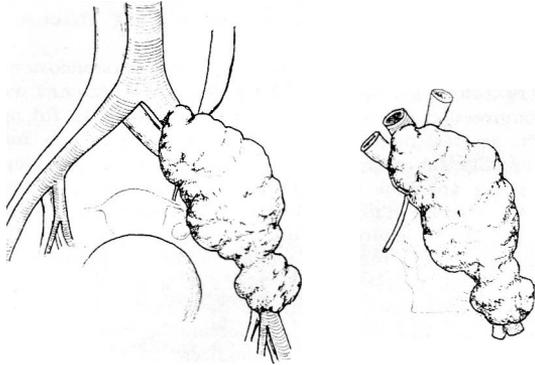


FIG. 1. Aspecto del tumor operado en 1972. A la izquierda la pieza de resección.

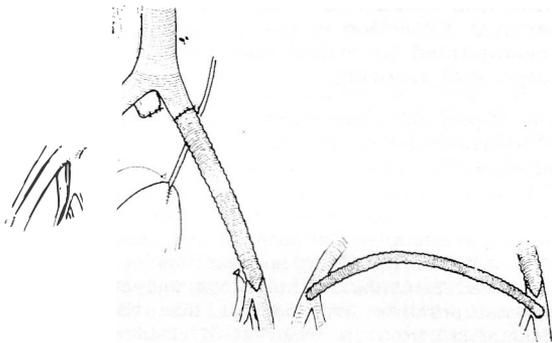


FIG. 2. — A la izquierda restablecimiento de la continuidad ureteral y arterial en 1972. A la derecha emplazamiento superior del by-pass femoral cruzado.

tamiento de trombosis ilíacas precisamente izquierdas nos había demostrado que con buena circulación colateral dicha exéresis no significaba problema. (3) La operación muy bien tolerada duró 4 horas.

Efectivamente la paciente cursó un postoperatorio excelente.

Tratada con cumarínicos, el edema del miembro inferior izquierdo que se instaló en los primeros días desapareció rápidamente y fue dada de alta en buenas condiciones. El estudio histológico mostró que se trataba de un linfoma linfocítico no hodgkiniano.

Cinco meses después es reoperada de una eventración, la exploración abdominal no mostró recidiva tumoral.

A fines de 1973 se le efectuó cobaltoterapia en región dorsal baja, lumbar y en hemipelvis izquierda. Recibió en total 5.500 R.

Después de la radioterapia se constató la desaparición del pulso femoral izquierdo y la instalación de un síndrome isquémico en miembro inferior izquierdo.

La arteriografía mostró obstrucción total del injerto.

Por esa razón fue reoperada practicando un by-pass fémoro-femoral cruzado suprapúbico resolviendo el problema. En el postoperatorio: tromboembolismo pulmonar tratado con anticoagulantes. Poco tiempo después hace una hemorragia inguinal a nivel de la sutura

inferior, de la cual fue intervenida practicando resutura.

Volvió a sangrar en varias oportunidades siempre en esa sutura, por lo cual decidimos en 1975 resecar el injerto suprapúbico.

Seguramente había desarrollado una circulación colateral suficiente, pues aunque se ligó la femoral, quedó con una claudicación arterial bastante tolerable y nunca más se efectuaron revascularizaciones en ese miembro.

La enferma pasó otro año bien hasta que apareció una adenopatía inguinal contralateral. Se biopsió pero no se efectuó vaciamiento sino nuevamente cobaltoterapia en región inguinocrural derecha, recibiendo 4.400 R en 5 semanas en octubre de 1976.

Por esa época llevando la enferma 6 años de evolución de su enfermedad se resolvió hacerle 6 series de poliquimioterapia asociando Endoxan, Oncovin, Natulan y Ultralan. Se estableció en 1977 tratamiento con Velbe del cual recibió 7 inyecciones.

La enferma pasó bien el año 1977 y la primera mitad de 1978. En Junio de ese año instala una monoplejía crural derecha. El examen clínico entonces mostró evidencia de patología en otros territorios.

El gammagrama óseo mostró una imagen sospechosa en la calota craneana. Pero se constató una compresión medular entre L3 y L5 por mielografía.

Fue operada el 6/9/78 realizando una laminectomía lumbar. Se encontró un tumor extradural de color oscuro que se resecó. La plejía desapareció rápidamente y la enferma se restableció volviendo a caminar sin dificultad.

El tumor raquídeo mostró la histología de linfoma maligno no hodgkiniano difuso de tipo celular mixto.

La paciente se recuperó no prosiguiendo tratamiento durante casi dos años. Se sentía bien y después de más de 12 operaciones abandonó el seguimiento. En ese interin operamos a su madre de un cáncer de páncreas y hasta nosotros nos olvidamos de su afección anterior.

Pero en setiembre de este año reingresó con una oclusión intestinal y la reoperamos de urgencia. Encontramos una oclusión de delgado distal. Un asa ileal invadida por tumor adhería al antiguo foco tumoral en la región retrocrural donde existía una masa tumoral que resecamos.

Fueron resecados 30 cms. de intestino delgado. El tumor tenía 6 cms. de longitud e invadía toda la pared obstruyendo totalmente la luz; los ganglios mesentéricos estaban colonizados por el tumor. La histología del mismo repitió la imagen de los tumores anteriores: linfoma maligno no hodgkiniano mixto.

La paciente fue dada de alta hace pocos días.

COMENTARIO

Creemos útil traer esta historia clínica de más de 10 años de evolución caracterizada por las recidivas reiteradas de un linfoma en el mismo territorio.

En nuestra primera operación tuvimos un criterio agresivo de resección extirpando una gruesa masa tumoral.

La supresión del eje venoso ilíaco fue tolerada magníficamente.

Creemos que la radioterapia postoperatoria en la antigua área tumoral determinó una fibrosis actínica que provocó la obstrucción de

la prótesis arterial y tal vez del uréter izquierdo que terminó con una hidronefrosis.

La infección de la segunda prótesis obligó a reseccarla, dejando el miembro sin circulación troncular. Es decir, que nuestra enferma vivió 5 años sin los troncos axiales arterial y venoso en su miembro inferior. Claudicaba a los 200 metros pero no tenía edema ni várices en su miembro.

Es curiosa la tendencia a la recidiva del tumor siempre en la región retrocrural derecha. Las únicas metástasis que tuvo en su larga evolución aparecieron en el canal raquídeo y la región inguinal controlateral.

Histológicamente se trataba de un linfoma maligno no hodgkiniano de tipo linfocítico con elementos linfoblásticos constituyendo por eso un linfoma mixto linfocitario e histiocitario de acuerdo a la clasificación de Rappaport. (4)

No dio en todo ese lapso metástasis viscerales óseas ni en territorios linfáticos distantes manteniendo fórmulas hematológicas normales.

Mantuvo la característica de limitarse a una sola región anatómica si consideramos así la pelvis pues la metástasis raquídea fue a la altura de L4. Se mantendría así en el tipo I de la estadisticación de los Linfomas de Rosenberg. (5)

DISCUSION

Si bien han sido señalados casos de lenta evolución, Lumb encontró solo un 17 % de casos que sobrevivieron más de 5 años. (2)

Sería el nuestro un caso poco común de 11 años de sobrevida con 4 recidivas tratadas durante todo ese período.

En cuanto a las operaciones realizadas en esta enferma, la exéresis amplia practicada en 1972 incluyendo el eje vascular iliaco no era habitual en cirugía oncológica hace 8 años.

El by-pass arterial fémoro-femoral suprapúbico que efectuamos en esta enferma fue uno de los primeros que se efectuaron en nuestro país. (1)

RESUME

Lymphome Lymphocytaire de la Fosse Iliaque Gauche. Résection qui inclut les vaisseaux Iliques avec une survie de 8 Ans. Résection de métastase rachidienne avec monoplégie crurale. Récupération fonctionnelle totale

Une malade, âgée de 56 ans, nous a consultés en 1972 à cause d'une récidive de lymphopathie tumorale. On lui avait déjà pratiqué un vidage ganglionnaire inguinal en 1970.

Elle présentait une grosse tumeur ganglionnaire (Lymphome Lymphocytaire) de la fosse iliaque gauche qui infiltrait l'urètere et englobait les artères et les veines iliaques.

A ce moment (1972) on lui a pratiqué une résection en bloc de la tumeur, qui incluait les artères iliaques primitive et externe, les veines iliaques primitive et externe, un morceau de l'urètere gauche, un fragment de vessie, les annexes gauches et une partie du psoas qui étaient infiltrés.

On a rétabli la circulation artérielle à l'aide d'un by-pass de Dacron aorto-femoral. On n'a pas effectué un pont veineux.

On a confectionné aussi une urétérocystonéostomie.

Six ans plus, apparaissait une récidive rachidienne avec compression et monoplégie crurale droite. Elle fut opérée, en résequant la métastase. La récupération fonctionnelle fut excellente, avec disparition de la plégie.

Deux ans plus tard (1980), elle est admise de nouveau à cause d'une occlusion progressive de l'intestin grêle. On l'a opérée et on a trouvé une récidive de l'ancien foyer tumoral (fosse inguinale gauche) qui envahissait l'intestin grêle que l'on a réséqué.

On met en relief le succès de la tactique agressive employée lors des trois opportunités, même avec la résection de gros troncs vasculaires.

SUMMARY

Lymphocytic Lymphoma of left Iliac Fossa. Resection comprising iliac vessels with 8 year's survival. Resection of spinal metastasis accompanied by crural monoplegia. Total functional recovery.

A 56-year-old patient consulted us in 1972 because of tumoral inguinal lymphopathy recurrency. She had undergone, in 1970, ganglionic dissection of the groin.

A large ganglionic tumor (Lymphocytic lymphoma) growths in left Iliac Fossa, with infiltration of ureter and involvement of iliac arteries and veins.

At that time (1972) block resection of tumor, was performed including left primitive and external iliac arteries, primitive and external iliac veins, a fragment of left ureter, a fragment of bladder, left ovary and tube and part of psoas.

Arterial circulation was restored by means of an aorto-femoral Dacron by-pass. No venous shunt was performed; an ureterocystostomy was also made.

Six years later, a rachidian recurrency appeared, causing compression and right crural monoplegia. Metastasis resection was performed by laminectomy. Functional recovery was excellent and paralysis disappeared.

Two years later, (1980) she was readmitted, this time because intestinal occlusion.

Surgery was performed and revealed recurrency in the old tumoral focus (L.I.F.) which had invaded the bowels. It was resected. Intestinal continuity was restored. We would like to highlight the success obtained by these aggressive tactics, even including resection of large vascular trunks, as applied in the three operations.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DANZA, R.; BALDIZAN, J.; OLIVERA, D.; NAVARRO, T. - Recursos de excepción en la revascularización de los miembros. Cir. Uruguay 49: 452, 1979.
2. LUMB, G. - Tumors of the Lymphoid Tissue. Edinburg, Livingstone, 1954.
3. PRADERI R.; MAZZA, M. - Fisiopatología de las trombosis venosas fémoroiliacas. Día Méd. Urug. 36: 435-434, 1969.
4. RAPPAPORT, H. - Tumors of Hematopoietic System. Washington - Armed Forces. Institute of Pathology, 1966.
5. ROSENBERG, S. - Report of the committee on the staging of Hodgkin's disease. Cancer Res. 26: 1310, 1966.