

Peritonitis por perforación de un Linfoma Hodgkiniano Primario Intestinal

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS, MEDLAR-S) PERITONITIS/HODGKIN'S DISEASE/ INTESTINAL PERFORATION.

Los autores aportan un caso, de linfoma Hodgkiniano intestinal primario, perforado libremente, en cavidad peritoneal.

Manifiestan que la perforación es la menos frecuente de las complicaciones, de la modalidad, también menos frecuente, de los linfomas intestinales primarios. Los linfomas (Hodgkinianos y no Hodgkinianos), constituyen del 20-40%, de los tumores malignos del intestino delgado. El 5% de los Hodgking, son de topografía intestinal primaria.

Llaman la atención, que ante un cuadro de peritonitis, secundaria a perforación de intestino tumoral, una vez solucionada la urgencia peritoneal, se debe intentar una estadificación correcta, con miras de realizar una terapéutica adecuada (quimio y/o radioterapia), así como para establecer un pronóstico, para lo cual también juega un papel importante, el tipo histológico (Rye).

SUMMARY

PERITONITIS DUE A PERFORATED PRIMARY INTESTINAL HODGKIN'S LYMPHOMA.

A case of perforated primary intestinal Hodgkin's lymphoma in the abdominal cavity is presented. Perforation is the least frequent of all complications of the also least frequent of the primary intestinal lymphomas. 20 to 40% of the malignant tumors of the small bowel are lymphomas (Hodgkin and non-Hodgkin). Hodgkin's lymphoma are primary located in the small bowel in 5% of the cases. Once solved the peritoneal urgency, one should try to stage the patient correctly for establishing an adequate therapy (chemo and or radiotherapy), and also to establish a correct prognosis for which also is important the histologic type.

RESUME

PERITONITE CAUSE PAR PERFORATION D'UN LYMPHOME D'HODGKIN PRIMITIF D'INTESTIN.

Le auteurs présentent un cas de lymphome d'Hodgkin d'intestin perforé dans la cavité abdominale libre. Ils manifestent que la perforation, c'est la moins fréquente des complications, de l'aussi moins fréquente modalité des lymphomes intestinaux primitifs. Les lymphomes (Hodgkinniennes et non-Hodgkinniennes) constituent le 20-40% des tumeurs malignes de l'intestin grele. Le 5% des Hodgkins sont topographiés primairement à l'intestin. Une fois trouvée la solution de l'urgence péritoneal on doit tenter une étagement correcte, pour réaliser une thérapie approprié (chimo et|o radiothérapie), ainsi pour établir un pronostique, pour le quel aussi joue un rol important le type histologique.

— Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 4 de agosto de 1982.

— Prof. Adjunto (int), Clin. Quir. "1", Post-Grado de Cirugía (Clin. Quir. "1"), ex interno del M.S.P., Practicante de Medicina.

Dirección: Cno. Carrasco 4146 Montevideo
(Dr. C. Armand Ugon)

Dres. Cesar Armand Ugon, Heber Otazu y Br. Mercedes Burastero

Clinica Quirúrgica "1" (Prof. B. Delgado)

H. Pasteur, Facultad de Medicina Montevideo

INTRODUCCION.

Justificaremos la presentación, de un nuevo caso de linfopatia -Hodgkiniana—, habitualmente sólo de terapéutica médica. Corrientemente la cirugía, contribuye sólo a la estadificación, y a una mejor conducción de la terapia: radio y/o quimioterapia. Creemos que es el primer caso —en nuestro medio —, en que el linfoma de Hodgkin, se reveló por la menos frecuente de las posibles complicaciones, que pueden ocurrirle, a nivel de la topografía gastrointestinal-primaria: Porque es una de las pocas situaciones, —de la enfermedad de Hodgkin—, en que el acto quirúrgico, fué la terapéutica, que salvó en primera instancia, la vida del paciente. Secundariamente nos brindó, la posibilidad de una correcta estadificación, que nos permitió encarar el tratamiento definitivo —fundamental—, de la enfermedad.

HISTORIA J.F.F. — 18 años — Sexo "M" Reg. 40048/27911

Ingresa por dolor abdominal difuso, a predominio infraumbilical. Comienza el día anterior, con dolores cólicos difusos, seguido por una puntada de hipogastrio, que se irradió al resto del abdomen. Vómitos biliosos, escasos. Febril (39° Ax.). Detención del tránsito intestinal, para materias, no para gases. A.P.: desde hace 2 años, dispepsia (hipoesténica y desde hace 3 meses dolores tipo cólico (alas 3 horas de las ingestas). Nota además, en flanco derecho, tumefacción gorgoteante, que retrocede espontáneamente. Adelgazamiento moderado. (Colon por enema: s/p) Examen: lúcido. Temp.: Ax. 38°; T.R. 39.5°. Lengua saburral algo seca. Pulso 100/m. P.Art.: 12/7. **Abdomen:** simétrico, dolor espontáneo y a la palpación (a la compresión y decompresión), máximo en el hipogastrio, donde hay contractura. Tacto rectal: Douglas intensamente doloroso.

Radiografía Simple de abdomen: niveles de asas delgadas, en hemiabdomen inferior (dos de más entidad en FID). **Diagnóstico preoperatorio:** peritonitis aguda (apendicular, úlcus perforado? ¿vólculo de delgado?

OPERACION: peritonitis purulenta difusa (máximo en pelvis). Perforación de un asa ileal, observándose que el asa proximal a la perforación, presenta la pared engrosada y suculenta. Ganglios mesentéricos grandes y carnosos (algunos de ellos se incluyen en la resección). Resección de 40 cms. de intestino delgado, con anastomosis término-terminal.

Anatomía Patológica: (Dra. Iraola) Informe N° 8812.

Macroscopía: dilatación intestinal, proximal a una estenosis. Sección por el borde antimesentérico, revela: que la estenosis es debida a un brote fungiforme, que emerge de la mucosa y ocluye casi toda la luz. A este brote, le sigue una extensa placa, de bordes elevados y ulcerados. El corte de esta placa, muestra un tejido blanco amarillento, que borra la estructura de las distintas capas del intestino. Marcada hipertrofia de las placas de Peyer. En el meso varios ganglios, blandos, de 8 a 25 mm. Los caracteres macroscópicos sugieren, proceso tumoral linfoide. **Microscopía:** las le-

siones intestinales, corresponde, a una proliferación celular polimorfa, a predominio reticular, con escasas células gigantes, tipo Sternberg. Intensa reacción granulomatosa, predominando las células de tipo reticular (células de Hodgkin), con marcados elementos de atipia. No hay reacción fibrosa en el estroma, con importante edema, en todas las capas. Las adenopatías del meso, son de tipo reaccional inflamatorio. En suma: lesión nodular y en placa del intestino delgado, con los caracteres morfológicos de la enfermedad de Hodgkin, con deplección linfocitaria (TIPO IV de Rye), con perforación del intestino delgado en la zona de estenosis. La resección pasa por una zona tumoral. Los ganglios son del tipo inflamatorio.

Evolución: buena hasta la fecha. PBH: no evidencia infiltrado hepático.

Se realizaron 5 series de poliquimioterapia (Oncovin, Endoxán, Natulán, Prednisona). Se destaca que, el centellograma con galio, no aportó evidencias de compromiso de ganglios retroperitoneales.

COMENTARIOS: Todas las linfopatías tumorales, pueden originarse, en cualquier sector del tubo digestivo, constituyendo un linfoma primario a topografía digestiva. El 40-60%, de los linfomas no Hodgkinianos y el 10% de los Hodgkinianos, son primitivos —a topografía extraganglionar— siendo los más frecuentes, los gastrointestinales (11) (12) (9). Según Naqvi (8), el 10-20% de los linfomas primarios (extraesplenoganglionares), se localizan en el sector gastrointestinal. El 5% de las linfopatías de Hodgkin, se evidenciarían como primitivas del tubo digestivo —Debray— (2). En 1913 Sthlangenhausner, documentó el primer linfoma Hodgkiniano primario, a nivel del intestino delgado (2). Su frecuencia a este nivel, es intermedia entre la colorrectal y la gástrica —que es la mayor— (cuatro veces más frecuente). Según Naqvi (8), la frecuencia relativa de los linfomas gastrointestinales es: estómago: 61%; intestino delgado: 27,5%; Intestino grueso: 11,5%. Representarían (según Piñeyro) (11), el 1 al 2% de los tumores malignos del tracto gastrointestinal, variando de acuerdo al sector. Así: estómago: 3-10%, Int. Delg.: 20-40%, colon y recto: 0.5%.

Clinica: Nuestro caso se manifestó, por la menos frecuente de las posibles complicaciones, ya que la perforación se vería sólo en el 2-5%, a veces como complicación de la radioterapia (5) (8). Se pueden manifestar por anemia, dolores abdominales (40%), tumor palpable (20%), otras complicaciones agudas, como oclusión intestinal (20%), hemorragias digestivas masivas (6%). Son muy frecuentes los cuadros suboclusivos, por estenosis escalonadas o múltiples —Mazza— (7). Pueden presentar localizaciones únicas o múltiples (uní o multicéntricas —12—). El diagnóstico etiológico, habitualmente sólo se efectúa por la laparotomía (o se sospecha), ya que los signos radiológicos (tránsito), son inespecíficos.

Creemos que ante un joven —20 años—, con un cuadro peritoneal, siempre se debe plantear una peritonitis apendicular, o aún un úlcus perforado, tifoidea. No obstante sabemos, que las excepciones existen y en nuestro caso en particular, deberíamos haber valorado los antecedentes —sin posponer la operación—. Estos más los hallazgos operatorios, deben de plantearnos, la posibilidad de una linfopatía tumoral. En consecuencia, la exploración abdominal

debió ser más exhaustiva, para obtener una evaluación más correcta, de la extensión intrabdominal. El fin de la misma, es lograr una estadificación precisa, una vez confirmada por el patólogo, la verdadera naturaleza del proceso. La existencia de peritonitis, no representa contraindicación para una correcta exploración —que creemos fundamental en este caso—, procediendo a realizar biopsias (hepática y/o ganglionar), si se considera conveniente, y aún al marcado de conglomerados ganglionares. Del análisis de la anatomía patológica, deducimos que la resección a nivel ganglionar-mesial, aparentemente insuficiente, no lo fué tal por tratarse de adenomegalias inflamatorias, pero que a nivel intestinal, la sección pasó por tejido linfomatoso. Es decir que estamos ante un linfoma difuso. Estos son más frecuentes que los nodulares. (9). La localización digestiva puede corresponder a la etapa extraganglionar —localización visceral—, de la forma ganglionar del Hodgkin (Grado IV). Pero la existencia de tejido linfomatoso, en la estructura del aparato digestivo, explica la existencia de linfomas primitivos del tracto digestivo —como corresponde a nuestro caso—. En consecuencia la laparotomía, nos obliga a una correcta evaluación de la extensión lesional, es decir, ubicar a la lesión, en uno de los cuatro grados, (estadificación de los linfomas), Naqvi (8), Mata (6). Siempre se deben explorar, los ganglios mesentéricos y mesosigmoideos, como posible localización ganglionar, no detectable por linfografía (3). Recordamos que cada estadio del Hodgkin, se divide en "A" o "B", de acuerdo a la evolutividad, o agresividad de la enfermedad. Interviene además en el pronóstico, el tipo histológico (de acuerdo a la clasificación de Rye). En la misma se destaca, la gravedad del grado IV, caracterizada —como en nuestro caso—, por deplección linfocitaria. Los linfomas perforados, corresponden habitualmente, a formas evolutivas, más graves (tipo B) (2) (1) (5). En consecuencia, estamos ante un linfoma Hodgkiniano extraganglionar, primitivo del intestino delgado, difuso y perforado y con depresión linfocitaria (grado III de Naqvi, grado IV Rye). En consecuencia, se completó el tratamiento, con poliquimioterapia. Ante la no evidencia, de compromiso ganglionar retroperitoneal y/o esplénico, no se hizo tratamiento radiante. Destaca Debray, el riesgo particular de la radioterapia, a nivel del sector subdiafrágico, del tracto digestivo, pudiendo dar anorexia, náuseas, diarreas a veces graves, estenosis y también perforaciones. En cuanto al pronóstico —estadio III— recordamos que la sobrevida a los 5 años (según Naqvi), es globalmente: 29% (corregido 38%). Según el estadio es: Estadio I: 60 a 75%; Estadio II: 37 a 50%; Estadio III: 20-25%; Estadio IV: 9—10%.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 BUSH R.S., Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. JAMA, 228: 1291, 1974
- 2 DEBRAY J.M., LOISEAU, J. PH., Localisations digestives des hemopathies malignes (Maladie de Hodgkin). Enc. Med. Chirurgicale T4, 9088. A10, 1981
- 3 GRIECO MB, CADY B., Staging laparotomy in Hodgkin's disease. Surg. Cl. North Am., 60: 369, 1980.
- 4 HOLLENDER L.F., MEYER CH., OTTENI F., Tumeurs de

l'intestin grele, E.M.Chirurgicale: 9067, C20, 1976

5 LOEHR W.J., MUJAHED Z., ZAHN D., GRAY G.F., THORBJARNARSON B., Primary lymphoma of the gastrointestinal tract: A review of 100 cases. Ann Surg, 170:232, 1969

6 MATA H, SICA M.A., CAT J.M., KASDORF H., Determinación de la extensión lesional de la enfermedad de Hodgkin. Congreso Nacional de Medicina, 7º, 1: 33, 1971

7 MAZZA M.E., SARROCA C., REISENWEBER J., Reticulosarcoma de intestino delgado perforado en peritoneo libre. Cir Uruguay, 39: 132, 1969

8 NAQVI M.S., BURROWS L, KARK A.E., Lymphoma of the gastrointestinal tract: Prognostic guides based on 162 cases. Ann Surg, 170: 221, 1969

9 PÉRDOMO R, SICA M.A., PEREYRA BORRELLI C, DE LOS SANTOS J, Linfomas malignos primarios del estómago. Cir Uruguay 50: 41, 1980

10 PEREYRA BORRELLI C, PÉRDOMO R., DE LOS SANTOS J., SICA M.A., Linfomas malignos primarios del estómago. Análisis y seguimiento de 10 observaciones. Cir Uruguay, 50: 36, 1980

11 PIÑEYRO A., TORTEROLO E., BERGALLI L., Linfoma gastrointestinal multicéntrico sucesivo. Cir Uruguay, 50: 82, 1980

12 PIÑEYRO A., Linfomas malignos gastrointestinales. Monografía. Montevideo, Facultad de Medicina, 1979 (inédita)

13 VALLS A., CASSINELLI F., Linfosarcoma de intestino delgado. Bol. Soc. Cir. Uruguay, 32: 81, 1961