Laparotomía exploradora en la enfermedad de Hodgkin

Drs. M. Varela*, A. del Río*, H. del Pozo**, V. Beresi**

En los últimos años ha variado fundamentalmente el concepto de Enfermedad de Hodgkin (E. H.): se la considera ahora como potencialmente curable en un porcentaje de casos cada día mayor.

Para seleccionar el tratamiento adecuado es indispensable establecer claramente la extensión o "clasificación" de la enfermedad. Esto es aún más importante en niños que en adultos, ya que en esa edad los efectos nocivos de una Radioterapia extensa y de una Quimioterapia prolongada con varias drogas son de mayor significación. En los niños, después de la radioterapia se pueden producir retardos de crecimiento, deformaciones del esqueleto y neoplasias secundarias: de allí la importancia de delinear la extensión de la enfermedad y definir los límites apropiados para las irradiaciones. La quimioterapia prolongada puede producir azoospermia, daño vesical y otras complicaciones a largo plazo aún desconocidas (1).

Hay suficiente información como para estimar que el estudio clínico habitual no basta para establecer una clasificación correcta, sino que esta debe ser corroborada o modificada por una laparotomía exploradora que permita practicar esplenectomía, biopsias hepáticas, ganglionares y de médula ósea (1, 4, 6, 7, 9, 11).

Este trabajo representa la experiencia retrospectiva del Departamento de Oncología del Hospital Luis Calvo Mackenna desde diciembre de 1967 hasta septiembre de 1975. El Departamento cuenta con un equipo formado por pediatras, cirujanos, radiólogos, histopatólogos, hematólogos, radioterapeutas (FALP) y psiquiatras.

En este Departamento se han reunido 253 tumores sólidos en niños (excluido S.N.C.), 95 de ellos linfomas y de estos 40 E. H.

Se sigue la clasificación clínica de Ann Arbor y la histopatología de Rye.

MATERIAL Y METODO

Revisamos 40 casos de E. H., 32 hombres y 8 mujeres, 26 de ellos entre los 3 y los 7 años, con edad menor de 2 años 8 meses y mayor de 13 años 9 meses al iniciar su enfermedad. El estudio y clasificación clínicos se hizo siguiendo los puntos establecidos por el Departamento (3): anamnesis y examen físico completo, exámenes de laboratorio (hemograma, V.H.S., batería inmunológica, PPD, etc.), radiografía de tórax, biopsia ganglionar, linfografía y/o laparotomía.

La linfografía es un método útil y practicado en la mayoría de los centros especializados; su técnica en el niño es algo engorrosa, requiere anestesia general y la interpretación radiológica es más difícil que en el adulto, no muestra el compromiso del hígado ni del bazo, ni de los ganglios periaórticos superiores, del

*Serv. Cirugía. Hosp., Calvo Mackenna.

**Depto. Oncología, Hosp. Calvo Mackenna.

lilio esplénico o mesentéricos. No substituye a la laparotomía, pero puede facilitar al cirujano la búsqueda y localización de ganglios sospechosos con ayuda de radiografías transoperatorias. En nuestro Departamento se practicaron 13 linfografías hasta 1971, después ha sido reemplazada por la laparotomía por las dificultades señaladas y por problemas para obtener el material necesario (agujas, colorantes, medio de contraste).

Filler y Col. (4) presentan los siguientes resultados en 55 linfografías:

<i>Linfografía</i>	<i>Confirmación Histológica</i>	
	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>
14 Positivos	9	5
8 Dudosas	0	8
33 Negativas	1	32

Estos resultados indicarian que, con suficiente experiencia, las linfografías interpretadas como dudosas o negativas tienen un valor orientador indudable ya que la histología los confirma como negativas en un alto porcentaje (97,5%).

Estimamos que en el futuro debemos reiniciar el uso sistemático de la linfografía. Como el medio de contraste persiste varios meses, permite seguir durante ese tiempo la evolución de la enfermedad, y puede ser de especial utilidad en los grados I A, ya que de resultar negativa se puede evitar o postergar la laparotomía.

La cintigrafía, aunque de menor rendimiento, puede hacerse en niños muy pequeños en los cuales la linfografía no puede efectuarse (1).

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

La primera laparotomía exploradora la efectuamos en 1969, el mismo año en que fue preconizada por Glatstein y Col. (7). Antes habían consultado 10 enfermos. De los 30 posteriores a 1969 fueron operados 28. En los dos restantes no se hizo por ser uno Grado IV B y el otro I A en control y remisión completa durante 3 años.

En el período 1969 a 1971 transcurrían meses o años desde la primera consulta hasta

decidir la operación; en 1975, en 6 casos, tenemos un promedio de 12 días desde la primera consulta hasta la intervención.

La laparotomía debe seguir las siguientes pautas:

1. Esplenectomía
2. Biopsias hepáticas por sección y por punción.
3. Biopsias ganglionares siguiendo rutina establecida.
4. Biopsia médula ósea (cresta ilíaca o costilla).
5. Ooforopexia (??) para protección contra radioterapia, en línea media y por detrás del útero (incisión Pfannenstiel).

Esplenectomía

Se practicó en 22 casos: 12 de ellos tenían E. H., 9 eran normales y uno TBC. En las primeras laparotomías efectuadas en el Hospital, el cirujano determinaba o no la extirpación del bazo según su tamaño y aspecto macroscópico, ahora se practica de rutina. La ausencia de esplenomegalia no es índice de indemnidad: 8 casos sin esplenomegalia clínica fueron positivos de E. H.; por el contrario los 4 casos con esplenomegalia clínica fueron todos positivos.

No hubo complicaciones inmediatas, salvo una infección de herida operatoria. No se apreció aumento significativo del número de plaquetas.

Como complicación alejada, y que podría relacionarse con la esplenectomía, aparece un caso de una niña de 11 años que dos años después de la operación presentó una meningitis neumocócica que evolucionó bien. Hubo dos fallecidos: una niña de 14 años en tratamiento con COPP y RT falleció 1 año después por aplasia medular; un niño de 7 años falleció a los 7 meses con infiltración tumoral de pulmón y esófago y meningitis terminal. Los tres casos eran Grado III B.

Varios niños presentaron herpes zóster y varicela grave, que son complicaciones frecuentes de la enfermedad y no atribuibles a la esplenectomía: hay 6 herpes zóster en los 40

enfermos, 3 en 22 esplenectomías y 3 en 18 no esplenectomizados.

El problema de las infecciones masivas post-esplenectomía es significativo y se han descrito muertes relacionadas con ella. Hay que recordar que en muchos de los casos publicados se usaba quimioterapia con COPP o MOPP que son drogas fuertemente inmunosupresoras. Se ha descrito (5) que las complicaciones alejadas de la esplenectomía dependen de la enfermedad causal (talasemia, linfoma) y de la edad: la mitad de las muertes ocurrieron en el grupo de menores de 2 años, que forman solo el 15% del total de 1413 esplenectomías revisadas.

El promedio de edad de nuestros enfermos fue de 8 años y todos mayores de 4 años.

Estimamos que sobre los 4 años todo niño con E. H. debe ser esplenectomizado: además de la mejor información para efectuar la terapia adecuada, al hacer innecesaria la irradiación del bazo, evita los efectos de ésta sobre el riñón y base del pulmón izquierdo.

Biopsias

a) *Hepática:* se efectuó en 16 enfermos tomando una sola muestra, ninguno mostró compromiso histológico. Se recomienda ahora hacer biopsias múltiples en ambos lóbulos, por sección y por punción.

b) *Ganglionares:* se tomaron diferentes ganglios sospechosos en 24 casos y 15 fueron positivos. Es necesario seguir una rutina preestablecida y tomar, además de los ganglios sospechosos, muestras de grupos ganglionares específicos (periaórticos superiores e inferiores, hilio esplénico, mesentéricos, ilíacos) (2). Los sitios de biopsia deben ser marcados con clips metálicos para permitir el control radiográfico y facilitar la radioterapia.

c) *Médula Osea:* se practicó en cresta ilíaca (o en undécima costilla izquierda) en 12 casos: sólo uno fue positivo, lo que coincide con el bajo rendimiento señalado por otros autores. El carácter focal de la localización medular de la E. H. ha hecho que se recomienda hoy día el estudio radiológico del

esqueleto y cintigrafías (Ga 67) para practicar la biopsia directamente en las zonas que aparezcan sospechosas.

CAMBIO DE CLASIFICACION DESPUES DE LA LAPAROTOMIA

Tal vez lo más importante de esta revisión sea que la laparotomía exploradora, al revelar o no compromiso histológico bajo el diafragma y/o de órganos extra linfáticos, hizo modificar la clasificación clínica pre-operatoria en un número importante de enfermos: de los 28 niños laparotomizados 11 debieron ser re-clasificados en otros grados = 39%.

Cambio de Grado

<i>preop.</i>	<i>Grado</i>	<i>postop.</i>
8	I	6
10	II	4
9	III	16
1	IV	2

El sentido en que se produjo la variación fue el siguiente:

2	grado	I	pasaron a grado	III
6	grado	II	pasaron a grado	III
2	grado	III	pasaron a grado	IV
1	grado	IV	pasaron a grado	III

La variación puede ser hacia Grados más avanzados o a menos avanzados, siendo lo primero lo más frecuente, 10 de 11 casos. La mayoría de los cambios se produjeron hacia el Grado III (9 casos) y sólo 2 fueron reclasificados del Grado III al IV.

Con respecto al tiempo transcurrido desde la iniciación de la enfermedad y el momento de la operación hemos visto que de 16 enfermos con más de 1 año de evolución variaron su clasificación 8 (50%); en cambio de 12 enfermos con menos de 1 año de evolución variaron sólo 3 (25%).

En relación a ausencia o presencia de síntomas sistémicos, (pérdida inexplicable de más del 10% del peso, fiebre sobre 38°, decaimien-

to y palidez), o sea Grados A o B, la diferencia es poco significativa: de 12 Grados A cambiaron 4 (33%), de 16 Grados B cambiaron 7 (43%).

No se apreció relación entre el tipo histológico y las variaciones de Grado. De 23 hombres cambiaron 7 (30%), de 5 mujeres cambiaron 4 (80%).

RESUMEN

Se presenta la experiencia del Departamento de Oncología del Hospital L. Calvo Mackenna sobre laparotomía exploradora en la clasificación de la Enfermedad de Hodgkin y se comenta su utilidad.

Se analizan 40 E.H. en los cuales se practicaron 28 laparotomías desde 1969 a 1975; de los 28 casos operados 11 debieron ser reclasificados: 39%. De estos 11 cambios 10 lo hicieron hacia Grados más avanzados.

En las 28 laparotomías se practicaron 22 esplenectomías, todos mayores de 4 años, y 12 fueron positivas de E. H.: 54,5%.

La ausencia de esplenomegalia clínica no es índice de indemnidad: 8 enfermos sin esplenomegalia fueron histológicamente positivos. Todos los enfermos con esplenomegalia fueron positivos.

No hubo complicaciones inmediatas. No se observó diferencia en la evolución de la enfermedad ni en sus complicaciones entre los grupos no esplenectomizados y aquellos en que se realizó la esplenectomía.

Se analiza el resultado y rendimiento de las biopsias hepáticas, ganglionares y de médula ósea, y se comenta la conducta a seguir en el futuro.

La linfografía se practicó en 13 casos con resultados poco significativos, pero se estima que se debe insistir en ella, ya que con experiencia su rendimiento es importante.

CONCLUSIONES

La laparotomía exploradora es útil en la clasificación de la Enfermedad de Hodgkin.

La laparotomía exploradora es un método de diagnóstico y de clasificación, por lo tanto

sólo se justifica cuando se practica con un riesgo quirúrgico mínimo, y como una parte de un programa cuidadoso desarrollado en un Centro Oncológico que cuente con todos los medios para hacer la Radioterapia y Quimioterapia adecuadas.

SUMMARY

A revision of the experience with the use of Diagnostic Laparotomy in Hodgkin's disease of the Luis Calvo Mackenna Oncology Center is presented. The advantages of a better classification of the disease are stressed.

40 patients with Hodgkin's disease are included, 28 of which had Laparotomy from 1969 to 1975, 11 of the 28 had to be reclassified. 10 out of these 11 changed in classification to a more advance Grade.

Of the 28 patients who had Laparotomy, Splenectomy was performed in 22, all of these were 4 years and older. Hodgkin's disease was present in 12 cases: 54,5%.

The lack of palpable spleen does not exclude its compromise: 8 patients with no palpable spleen had histologic evidence of Hodgkin's disease. All patients with palpable spleen had H. D.

There were no early complications. One Splenectomized patient had pneumococcal meningitis 2 years after surgery and recovered eventually.

The results and usefulness of liver, lymph node and bone marrow biopsy is commented elaborating a management program for the future.

13 cases under went lymphography which was of little value due to the poor previous experience. It is hoped that this technique will be more useful in the future in our hands.

REFERENCIAS

1. Hays D. M.: The Staging of Hodgkin's Disease in Children Reviewed. *Cancer*, 35: 973, marzo 75.
2. Hays M. D. et al.: Laparotomy for the Staging of Hodgkin's Disease in Children. *J. Pediatr. Surg.* 7: 517-527, 1972.

3. Urgel W. y Col.: Experiencia sobre enfermedad de Hodgkin en la primera década de la vida. *Rev. Chilena Ped.* 45: 9, 1974.
4. Filler R. M. et al: Experience with Clinical and Operative Staging of Hodgkin's Disease in Children. *Journal Pediatric Surgery*, 10: 321, Junio 1975.
5. Eraklis A. J. et al: Splenectomy in Children. A Review of 1413 cases. *Journal Pediatric Surgery*, 7: 382, 1972.
6. Lowenbraum et al: Diagnostic Laparotomy and Splenectomy for Staging Hodgkin's Disease. *Annals Int. Med.* 72: 655, 1970.
7. Glatstein et al: The Value of Laparotomy and Splenectomy in the Staging of Hodgkin's Disease. *Cancer*: 24, 709, Octubre 1969.
8. Aisenberg et al: Spleen Involvement at the Onset of Hodgkin's Disease. *Annals Int. Med.* 74: 544, 1971.
9. Young R. et al: Hodgkin's Disease in Children. *Blood*, 42: 163, 1973.
10. Johnson R. E.: Is Staging Laparotomy Routinely Indicated in Hodgkin's Disease. *Annals Int. Med.* 75: 459, 1971.
11. Jenkin R. T. D. et al: Hodgkin's Disease in Children. A Retrospective Analysis: 1958-1973. *Cancer*, 35: 979, marzo 1975.