Linfosarcomas del abdomen en niños

Dr. Gustavo Aldunate N.*, Eugenia Emparanza**,
David Mirkin W.***

De las lesiones tumorales del niño más de la mitad la constituye los tumores sólidos, de los cuales el linfoma es para nosotros el más frecuente.

Tabla 1

Hospital Roberto del Río 1960-1975

Leucemias	180	casos
Hodgkin	43	"
Linfomas no Hodgkin	57	"
Neuroblastoma	11	"
Sarcomas de partes bl.	9	"
Tumores del ovario	23	"
Tumores del testículo	17	"
Tumores de los huesos	10	"
Tumores Hepáticos	6	"
Tumores del SNC	4	"
Otros	18	"
Total	402	casos

Si bien en la Enfermedad de Hodgkin el enfoque diagnóstico y terapéutico del adulto es aplicable al niño, no sucede lo mismo con el Linfoma, que es de evolución mucho más rápida y requiere un tratamiento distinto y más agresivo. Se leucemiza con mayor facilidad y tiene menos expectativas de vida. (5-6).

En los últimos años se ha logrado una mejoría substancial en el pronóstico de estos tumores, gracias a un tratamiento múltiple con

varias drogas combinadas, cirugía amplia, radioterapia e inmunoterapia. (8).

El reconocimiento más preciso del tipo histológico del linfoma y su grado de invasión o etapa han permitido adecuar la terapia hasta alcanzar cifras sorprendentes de curación, de 60 a 80%. (4).

Desde que Burkitt en 1958 describiera un Linfoma maligno con distribución geográfica en África Tropical y destacara su clínica e histología propias, se han comunicado cada vez más casos de este tipo de tumor, incluso en nuestro país. Es importante identificar este Linfoma, ya que tiene un alto índice de curabilidad con la Quimioterapia. (3-7-9).

MATERIAL

En nuestra serie la localización inicial del tumor corresponde casi en la mitad de los casos al abdomen, luego al mediastino y ganglios periféricos. En 6 casos era generalizado y no se pudo precisar de dónde partió. Puede apreciarse también que los linfomas abdominales se leucemizan muy raramente.

Tabla 2

Localización originaria	Nº de casos	Leucemización	
Abdomen	27	1	3%
Mediastino	12	6	50%
Ganglios periféricos	7	4	57%
Generalizados	6	6	100%
Otros sitios	5	4	80%
Total	57	21	37%

*Servicio de Cirugía, Hospital Roberto del Río.

**Departamento de Pediatría, Hospital Roberto del Río.

***Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Roberto del Río.

En la distribución por sexo hay un franco predominio de los varones, que es más evidente en los casos de localización abdominal (figura Nº 1). En la distribución por edad se puede

observar que las formas abdominales tienden a presentarse en pacientes de menor edad, imitando un poco la curva de distribución de la Leucemia. En cambio, los extraabdominales pueden verse con mayor frecuencia en la edad escolar (figura Nº 2).

RESULTADOS

Limitándonos al análisis de los 27 linfomas abdominales debemos señalar que no siempre es posible en la exploración quirúrgica

del abdomen poder precisar cuál es la localización inicial del tumor: 10 pacientes presentaban una invasión difusa de mesos, intestino y pared posterior del abdomen, con líquido hemorrágico abundante en el peritoneo. En ellos sólo pudo tomarse una biopsia que confirmó el Linfoma. En otros niños más afortunados, la lesión produjo una obstrucción intestinal por compresión o invaginación, lo que permitió un diagnóstico más precoz y se pudo hacer una resección intestinal amplia.

Tabla 3

SITIO DE ORIGEN EN EL ABDOMEN

Yeyuno	1	caso
Ileon	7	"
Ileocecal	4	"
Colon	5	"
No precisable	10	"
Total	27	casos

El motivo de consulta suele ser en los niños más pequeños, el compromiso del estado general y la distensión del abdomen. En los niños mayores es el dolor abdominal impreciso, cuya causa no se logra aclarar hasta que la palpación de una o varias masas abdominales pone en la pista del diagnóstico.

En la Figura Nº 3 hemos separado tres gru-

pos de pacientes: 11 niños operados antes de 1966, cuando aún no disponíamos de quimioterapia eficaz. Todos fallecieron antes de 6 meses (1). Experiencia similar publicaron Gutiérrez y cols. en 1968 (2).

Desde 1968 funciona en nuestro Hospital

un Comité de Tumores integrado por Hematólogos, Cirujanos, Anatomopatólogo y Radioterapeutas que fijan el programa de tratamiento y siguen la evolución de los casos. Desde 1969 a 1975 se han controlado 16 niños con linfosarcoma abdominal con dos grupos bien característicos:

a) 8 niños en los que no fue posible efectuar resección debido a la gran invasión tumoral del abdomen. Sólo uno de ellos sobrevive al año de operado y la biopsia mostró rasgos histológicos sugerentes de Linfoma de Burkitt.

b) 8 niños en los que se pudo efectuar una resección amplia del intestino y mesos infiltrados. 3 de ellos fallecieron antes de un año, uno por manifestaciones tóxicas a la Quimioterapia y dos por recidiva del tumor. De los 5 que sobreviven, 3 han sobrepasado los 5 años de control, otro va para los cuatro años y el quinto recién lleva un año y medio. (Fig. 4).

Digno de destacar es el caso de F. G. D. G. Operado en 1969 por una invaginación intestinal con Linfoma ileocecal. Se le practicó una resección del ileon terminal y cecoascendente. Siguió con quimioterapia cíclica combinada con Prednisona, Vincristina y Endoxan por 2 semanas con tres de descanso. Cuatro años después, en 1973 hizo una segunda obstrucción a 80 cm., la anastomosis anterior, en el ileon. Ha cumplida 3 años de esta segunda operación y no hay signos de recidiva. Pero ha presentado hematuria por efectos secundario del Endoxan.

La radioterapia se ha usado en muy pocos casos, en los más antiguos, ya que en nuestra

experiencia no ha sido efectiva en prolongar la sobrevida y agrava las complicaciones de la quimioterapia.

CONCLUSIONES

Podemos decir que la sobrevida de los niños con linfosarcoma abdominal ha mejorado gracias a la integración de los distintos especialistas en un Comité de Tumores que establece un diagnóstico más exacto y combina los recursos más adecuados para cada caso, se preocupa del cumplimiento del programa terapéutico y controla periódicamente estos pacientes por largos años. En la experiencia presente, los hechos más destacables son los siguientes:

1. El linfosarcoma es en nuestro medio el tumor sólido más frecuente en los niños.
2. Su localización abdominal es la más frecuente.
3. La leucemización en las formas abdominales es muy rara de ver.
4. Antes de 1966 la mortalidad era de 100%.
5. Desde el uso de quimioterápicos en 1968 se ha logrado una sobrevida de 31%. En los casos que se logra una resección quirúrgica de las lesiones la sobrevida llega a un 62%.

RESUMEN

Se analiza la sobrevida de 27 casos de Linfomas abdominales en niños atendidos en el Hospital Roberto del Río desde 1960 a 1975. Cuando se logra la resección quirúrgica amplia de las lesiones y se dispone de quimioterápicos eficaces puede esperarse una sobrevida superior al 60%.

SUMMARY

27 cases of abdominal lymphosarcomas in children were seen at Hospital Roberto del Río in Santiago from 1960 to 1975.

When abdominal resection is feasible and chemotherapeutic drugs are given for a long period, cure rate is over 60% in our patients.

REFERENCIAS

1. Goepfert. H., "Linfoma intestinal en la infancia" Arch. Soc. Cir. Chile 22: 331, 1970.
2. Gutiérrez C., Veloso A., Salomón A., Balaz O., "Linfosarcoma abdominal en el niño". Rev. Chil. Pediat. 39: 797, 1968.
3. Hurtado, Rodrigo y Cols., "Linfoma de Burkitt". Pediatría 14: 5-10, 1971.
4. Murphy M., Lois, "The multidiscipline team in a cancer center". Cancer 35: 876, 1975.
5. Murphy Sh., B., David L., W., "Hodgkin's disease and the non-Hodgkin's lymphomas in childhood". Sem. Oncology 1: 1974.
6. Pochedly, Carl., "The Lymphosarcomas in mayor problems in childhood cancer". Edit. Ch-Thomas. Illinois, 1973.
7. Rivera G., Rajeric J., Díaz M., del Pozo H., Del Río A., "Tumor de Burkitt", Rev. Chil. de Pediat. 40: 281, 1969.
8. Sullivan, Margaret P., "Treatment of Lymphoma". Cancer 35: 991, 1975.
9. Ziegler J. L., "Management of Burkitt Lymphoma". Ped. Annals 4: 99, 1975.