

NOTAS CLINICAS

LINFOSARCOMA DE ILEON PERFORADO

B. AGRA CADARSO.

Médico de guardia.

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

No es raro para quien practica la cirugía abdominal, y especialmente cuando se trabaja en Centros donde los enfermos llegados con carácter urgente representan un porcentaje elevado, poder observar cómo la causa que hace venir a nosotros el enfermo sea en ciertas ocasiones un episodio clamoroso que viene a interrumpir una serie de leves disturbios gastrointestinales de escaso valor, o que en otras quizá ha representado el comienzo de la sintomatología, y que son complicaciones en el curso de un proceso, unas veces funestas y otras, por el contrario, capaces de conducirnos a una intervención quirúrgica que viene a poner en claro el diagnóstico de la afección y hace posible la puesta en práctica de un tratamiento oportuno.

Tal es el caso que nos ocupa, en el cual la perforación a nivel de un linfoma del ileon hizo posible un tratamiento radical en un paciente que, a juzgar por los caracteres macroscópicos de su tumor, y por la discreta sintomatología que venía presentando, habría llegado posiblemente a las manos del cirujano cuando ya la extensión de las lesiones estuvieran fuera del alcance de la cirugía. Se trata de un hombre de cuarenta y ocho años, C. M., natural de Fresno de Torote (Madrid), que trabaja en el campo y que habiendo disfrutado anteriormente de completa salud comienza hace cuatro meses sufriendo varias horas después de la ingesta una crisis dolorosa en el abdomen, de aparición repentina, precedida de borborigmos y acompañada de retortijones que comienzan en fosa ilíaca derecha y se irradian hasta la izquierda. El dolor no llega a ser muy intenso y persiste durante cuatro horas. No se han presentado modificaciones del tránsito intestinal ni vómitos. Al día siguiente, el enfermo vuelve a sus quehaceres habituales, pero a partir de esta fecha comienza a aquejar anorexia y sensación de flato en hipogastrio. Tres meses más tarde, y también a las cuatro horas de la comida del mediodía, hace su aparición un episodio de idénticas características que el anterior, pero de mayor intensidad y duración (nueve horas). Asimismo las deposiciones son normales. La anorexia y la flatulencia van en aumento, el enfermo va perdiendo peso hasta que tres días más tarde tiene otra crisis, esta vez de carácter dramático, que persiste con alternativas hasta el día siguiente, 11 de marzo de 1952, en que se efectúa su ingreso de urgencia en el hospital. No ha tenido vómitos, pero sí cierre abdominal para heces y gases; fiebre de 38,5° y 100 pulsaciones. A la exploración nos encontramos con un abdomen contraído, especialmente en todo el hipogastrio y fosas ilíacas, que son dolorosas a la presión, sobre todo la derecha. La maniobra de Blumberg es aquí fuertemente positiva, siendo muy discreta en la fosa ilíaca izquierda. Este cuadro nos hace pensar en una posible apendicitis aguda o un divertículo de colon

perforados, aun cuando no acabamos de encajarlo totalmente en ninguno de estos dos procesos. Con estas dudas se efectúa la intervención, mediante una incisión de laparotomía media infraumbilical, hallando a nivel de la parte más inferior de dicha incisión, y hacia la izquierda de la misma, un plastrón, que una vez exteriorizado vemos está constituido por varias asas de intestino delgado, colon sigmoideo, epíplon y masas serofibrinosas que las unen entre sí. Separados con sumo cuidado estos elementos, comprobamos en un asa perteneciente al ileon un engrosamiento intraparietal del tamaño de una moneda de cinco pesetas. Esta tumoración, de contornos irregulares, presenta un pequeño orificio de perforación, muy cerca de su borde mesentérico, que pone en comunicación la luz intestinal con la cavidad peritoneal, lo cual se comprueba por la salida espontánea de contenido intestinal. Todo el mesenterio próximo a la tumoración está muy engrosado y ocupado por numerosos ganglios linfáticos de diversos tamaños y de consistencia dura. El resto del abdomen es de apariencia normal. Se practica una resección intestinal de unos 20 cm. de longitud, que incluye el mesenterio afectado, seguida de una enteroanastomosis término-terminal. Se limpian las demás asas que constituirían el plastrón, las cuales solamente aparecen afectadas por el proceso inflamatorio. Antes del cierre de la incisión se deja una solución de penicilina en la cavidad abdominal. Sutura por planos sin dejar drenaje.

Durante la intervención se practica una transfusión de 300 c. c. de sangre total, que mejora las precarias condiciones generales del enfermo.

El curso postoperatorio se desarrolla con relativa normalidad. Se le somete a la acción de antibióticos, con lo cual la fiebre desciende. Transfusión de plasma, administración de sueros y demás cuidados habituales en este tipo de operados. Es dado de alta a los quince días, después de los cuales, y siguiendo nuestro consejo, se somete a un tratamiento radioterápico.

En el momento de redactar esta comunicación, justamente a los dos años de la intervención, el enfermo realiza su duro trabajo diario sin el menor signo de enfermedad.

Al examen de la pieza operatoria, una vez abierto el intestino por su borde antemesentérico, nos encontramos con la presencia de un tumor único, de tamaño más bien pequeño, que corresponde al tipo infiltrativo: a nivel de la mucosa está todo él ulcerado en forma anular, quedando únicamente un segmento de mucosa no ulcerada a la altura del borde mesentérico, precisamente en la proximidad del punto en que apareció la perforación, la cual tiene el tamaño de una cabeza de alfiler negro. La ulceración produce una dilatación saciforme, mientras que sus bordes hacen prociencia en la luz intestinal.

El examen histopatológico, efectuado por el doctor MORALES PLEGUEZUELO, demuestra que el tumor es un linfoma (fig. 2).

Las especiales características del presente caso, llegado a nosotros gracias a un suceso accidental, ajeno, hasta cierto punto, a la afección primitiva, hace que hayamos orientado de una forma polarizada nuestro comentario hacia las complicaciones posibles en el curso de un linfoma intestinal.

Para el estudio racional de estas complicaciones, surgidas como consecuencia del desarro-

llo del tumor, creemos imprescindible recordar sus caracteres anatómicos macroscópicos en las diversas variedades a que pueden dar lugar, ya que cada complicación va a ser determinada por la especial manera en que el tumor vaya sustituyendo, por sus características propias, a aquellas de la pared intestinal normal.



Fig. 1.—Pieza operatoria. Intestino abierto por el borde antemesentérico. La sonda está introducida por el orificio de la perforación.

FORMAS MACROSCÓPICAS. CLASIFICACIÓN.

Son muchas las formas que se han descrito, pero en el momento de intentar una clasificación, casi todos los autores están de acuerdo en describir dos tipos fundamentales que engloban como variedades a todos los demás. Son el tipo infiltrativo y el nodular.

Forma infiltrativa. — Como hemos podido comprobar en nuestro caso, tiende a invadir la pared intestinal en superficie, y circularmente, transformándola en un tubo rígido, fusiforme, de superficie irregular. Comienza por un ligero espesamiento de dicha pared, con el aspecto de una placa que progresivamente va aumentando de espesor, pudiendo llegar a ser considerable. En ocasiones la mucosa está poco afectada, pero con frecuencia pueden asentar a su nivel profundas ulceraciones. FAULKNER y cols., en una revisión de 33 casos de la Mayo Clinic, encuentran 12 formas ulcerosas. Es típico de la forma infiltrativa del linfoma, cuando en el curso de su evolución alcanza períodos avanzados, desarrollar la característica deformación de la luz intestinal, que BALTZER y MADELUNG llamaron dilatación aneurismática. En cuanto al origen de esta dilatación, las opiniones de los autores no son muy concordantes; así, NOTNAGEL lo atribuye a la destrucción de las fibras

musculares y elásticas, mientras que FRASER da preferencia a las profundas alteraciones acaecidas en los plexos nerviosos de la submucosa. CHEEVER cree sea debida a la escasa tendencia de los tejidos neoplásicos a formar colágena; probablemente exista una asociación de varios de estos factores, a los que quizá contribuya también el estancamiento local de las heces. Esta tendencia a la dilatación, enfrente a la estenosis, que es de más rara observación, evita que la presencia de una obstrucción intestinal pueda conducirnos a una intervención precoz, y con ello agrava el pronóstico. Esta forma infiltrativa con tendencia a la ulceración se da en el linfoma con mucha más frecuencia que en cualquier otro tipo de sarcoma. Dentro del tipo infiltrativo, hay también una forma que pudiéramos llamar difusa o múltiple, a la que caracteriza la invasión de un segmento intestinal por un grupo más o menos numeroso de placas tumorales, situadas a diversa distancia unas de otras, o bien afectando uniformemente la pared intestinal.

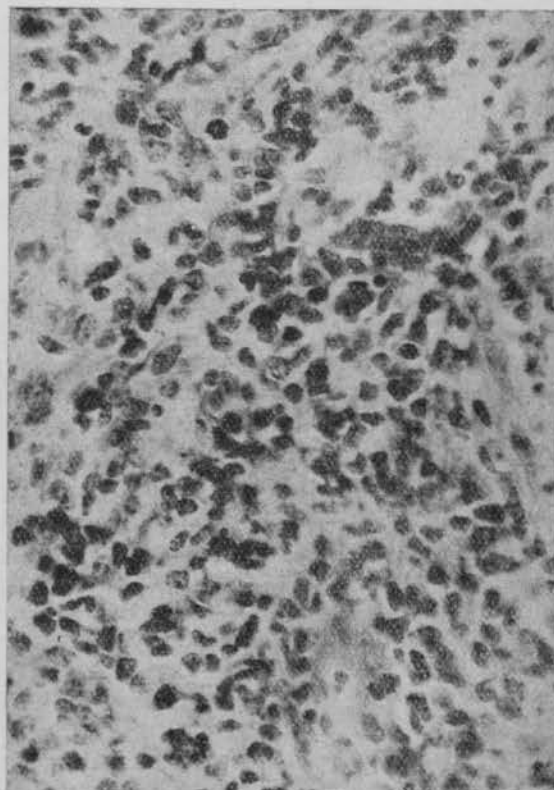


Fig. 2.—Microfotografía (doctor MORALES PLEGUEZUELO). Linfoma.

Forma nodular. — Está constituida por un relieve en la mucosa, más o menos pronunciado, irregular u oval, de superficie plana, o en ocasiones excavada en el centro; puede, asimismo, ser única o múltiple. Estos nódulos adquieren pronto tendencia a crecer hacia la luz intestinal, en forma de masas redondeadas, semejando sombreros hongos: son de color blanco rosáceo y de consistencia generalmente blanda (GRECO). Es raro encontrarlos aislados, obser-

vándose casi siempre algunos nódulos más pequeños en sus cercanías. Hay casos en que los nódulos adquieren gran tamaño, llegando a comprometer o interrumpir el tránsito por el segmento intestinal afectado. Otras veces estos nódulos se pediculizan y adoptan una forma polipoidea, llegando a adquirir una gran movilidad por la longitud del pedículo. Generalmente el mesenterio del asa atacada está engrosado e infiltrado, apreciándose a su nivel pelotones de ganglios linfáticos tumorales.

Como consecuencia de la nueva situación creada por las diversas variedades anatómicas del sarcoma, pueden aparecer las complicaciones de ellas derivadas y que por orden de frecuencia son: invaginación, oclusión y perforación.

No es extraño que la invaginación sea frecuentemente observada si pensamos que algunas de las formas anatómicas del linfosarcoma, como la forma poliposa, o aquella con dilatación aneurismática, presentan características que predisponen a la misma. Cuando el tumor es del tipo poliposo, el hecho irritativo local, representado por la presencia del tumor, provoca un aumento del peristaltismo que lleva consigo la progresión de la masa tumoral con la consiguiente tracción de la pared intestinal a la altura de su punto de implantación. Si las contracciones intestinales no disminuyen, y el tumor es propulsado más adelante, acaba necesariamente estableciéndose la intususcepción de la pared intestinal a nivel de dicho punto.

Si la deformación ocasionada por el tumor es del tipo de dilatación aneurismática, la predisposición a la invaginación está favorecida por la presencia del tumor, a lo cual hay que añadir, de una parte, la detención del peristaltismo a causa de la destrucción del tejido muscular y nervioso, y por otra, a la dilatación de la luz intestinal, que constituye de por sí la porción invaginante. Al decir de FULCI, sucede aquí en cierto aspecto como una exageración de la ley de BAYLISS-STARLING, por producirse una mayor excitación delante del punto estimulado y una inhibición mayor por debajo de él. Así sucedería que las contracciones peristálticas, al llegar al obstáculo constituido por el tumor, luchan por superarlo, aumentando su propia intensidad, con lo cual se reduce el volumen del asa, que termina introduciéndose en el segmento tumoral dilatado. Todas estas particularidades se ven favorecidas en el caso de que el tumor asiente en las proximidades de la válvula ileocecal.

Según FAULKNER y cols., es la forma poliposa la que con más frecuencia conduce a fenómenos de intususcepción, ya que de nueve casos por él observados solamente una vez dejaron de presentarse, mientras que de 12 linfosarcas del tipo ulceroso únicamente dos tuvieron tendencia a invaginarse. GRECO, en una revisión de 149 linfosarcomas, encuentra esta

complicación cuarenta y cuatro veces y cree que el porcentaje sería todavía más alto si no fuera por la tendencia a reducirse espontáneamente después de la crisis aguda.

La oclusión se puede establecer de múltiples formas: puede tener su origen en un linfosarcoma de tipo nodular que haya proliferado en forma endocanalicular y que acaba dando una estenosis de alto grado de la luz intestinal; o bien en una angulación de un asa, ya sea por adherencia del tumor a la pared abdominal, o tal vez por la presencia de metástasis ganglionares que hayan traccionado y estirado el tumor, deformando el calibre y la dirección del propio intestino. En otras ocasiones es la compresión del asa portadora del tumor o de otra asa, por parte de las masas metastásicas o del tumor mismo, e incluso la torsión intestinal. Una vez establecido el cierre de la luz intestinal por cualquiera de los mecanismos citados, las características clínicas de la oclusión se identifican con las provocadas por otros procesos patológicos.

Mucho menos frecuente es la aparición de una perforación de la pared intestinal a nivel de un linfosarcoma; así, ULLMAN y ABESHOUSE, en una revisión de 126 casos (1932), solamente reconocen tres perforaciones; posteriormente GRECO (1935), en una estadística global de todos los tipos de sarcomas, la encuentra en 20 casos, la mayor parte hallazgos de autopsias, cifra de todas maneras un poco alta en relación con los datos proporcionados por FRASER (1945), el cual cita tres casos personales, además de seis recopilados entre 400 sarcomas por LEWIS, a los que éste añade otro visto por él. Hay ocasiones en que el tumor acaba perforándose en otra víscera merced al proceso adherencial establecido previamente: MONOD y ARNAL citan a este respecto un caso de SCHOEPPFER, en el cual un sarcoma de íleon terminal había puesto en comunicación la cavidad intestinal con la vejiga. En España, que nosotros conocemos, es el nuestro el segundo caso perforado, habiéndose publicado anteriormente por GÓMEZ FERNÁNDEZ DE LA CRUZ uno con perforaciones múltiples.

El tumor, a partir de su iniciación en los folículos linfáticos de la submucosa, va infiltrando, primero la muscular, y luego, la mucosa y la serosa, siendo ésta la que resiste hasta el último momento. El tumor, por la compresión que ejerce sobre los vasos, hace que se produzcan, debido al déficit de irrigación, zonas de necrosis con formación de úlceras que en su progresión acaban destruyendo la serosa y provocando la perforación. Generalmente el enfermo es llevado a la mesa de operaciones con el diagnóstico de apendicitis o abdomen agudo (FRASER, GRECO, etc.) y solamente en el acto quirúrgico es cuando se comprueba la naturaleza del proceso.

Así, pues, nos encontramos ante un linfosarcoma de íleon, tumor poco frecuente, como nos

lo demuestra la revisión de la literatura mundial realizada por FAULKNER en 1952, que da sólo una cifra de 440 casos. En España, GÓMEZ F. DE LA CRUZ, en 1951, recoge sólo 13 casos y uno que él añade.

En cuanto a la sintomatología y datos de exploración poco podemos decir, dado el carácter urgente con que llegó a nuestras manos el enfermo; no obstante, es evidente la presencia de anorexia, pérdida de peso y la flatulencia que se acompaña de ruidos y dolor y que aparece varias horas después de la ingesta: es la dispepsia gaseosa intestinal, a la que JIMÉNEZ DÍAZ concede cierto valor y aconseja efectuar a todo enfermo que la padezca una exploración detallada.

Como tratamiento, no cabe más que el quirúrgico, procurando aplicar ampliamente el concepto de la radicalidad, sobre todo por lo que al mesenterio afectado se refiere. Es innegable la conveniencia de la radioterapia postoperatoria y todos los autores están de acuerdo en aconsejarla.

LOCKWOOD considera que los nuevos brotes aparecidos después de la intervención poseen un relativo alto grado de radiosensibilidad, obteniendo apreciables reducciones en el tamaño de las masas tumorales, y notable progreso clínico del paciente. Asimismo encuentra que la mostaza nitrogenada es de gran utilidad en el

tratamiento del linfossarcoma que era resistente con anterioridad a la radioterapia, y con frecuencia obtiene mejorías transitorias. No obstante, añade que los resultados han decepcionado frecuentemente. Los isótopos radioactivos, según el mismo LOCKWOOD, no se han mostrado demasiado eficaces, hasta ahora, para combatir este tipo de tumores.

RESUMEN.

Se comunica un caso de linfossarcoma de íleon perforado con supervivencia del enfermo a los dos años de efectuada la intervención.

Se comentan las formas anatomomacrosópicas de este tipo de tumores y sus posibles complicaciones, además de unas breves consideraciones acerca de su diagnóstico y su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- BARALDI.—Cir., Gin. y Urol., 4, 4, 1952.
DELCADO y CASTRO RIAL.—Rev. Clin. Esp., 24, 104, 1947.
FAULKNER y cols.—Surg. Gyn. & Obst., 95, 76, 1951.
FRASER.—Brit. J. of Surg., 32, 479, 1945.
GARCÍA BLANCO.—Rev. Clin. Esp., 40, 29, 1941.
GÓMEZ F. DE LA CRUZ.—Rev. Clin. Esp., 43, 188, 1951.
JIMÉNEZ DÍAZ y cols.—Rev. Clin. Esp., 23, 280, 1946.
GRECO.—Il sarcoma dell'intestino tenue, Firenze, 1935.
LOCKWOOD.—Jour. of Am. Med. A., 150, 435, 1952.
MARTÍNEZ HOYOS.—Rev. Clin. Esp., 21, 338, 1946.
MONOD.—Bull. et Mem. Ac. Chir., 26, 1.048, 1937.
REITZ PUIG y cols.—Rev. Esp. Ap. Dig. y Nut., 9, 1, 1950.

REVISIONES TERAPEUTICAS

LAS TECNICAS DE SUSTITUCION TOTAL O PARCIAL DEL ESTOMAGO POR SEGMENTOS INTESTINALES

J. VERDEJO VIVAS.

Ex-médico interno de la Casa Salud Valdecilla. Almería.

Mucho ha progresado la cirugía gástrica desde sus comienzos, y en cuanto a resultados inmediatos de la misma, se han conseguido cifras de mortalidad tan bajas en la terapéutica del úlcus gastroduodenal, que hace unos lustros hubieran parecido utópicas, siendo motivo de justo orgullo para los cirujanos. En la cirugía del cáncer se han realizado también progresos formidables, aumentando las cifras de reseccabilidad al hacer exéresis cada vez más amplias, incluyendo muchas veces vísceras próximas, y haciéndose cada vez con más frecuencia resecciones totales, con lo que se consiguen mayores supervivencias, que éstas sean a más largo plazo y mayor proporción de verdaderas curaciones.

En el ánimo y conocimiento de todos están los diversos factores que han hecho posibles tan magní-

ficos avances y no hemos de repetirlos; ahora bien, como consecuencia de este propio progreso el capítulo de las llamadas "Secuelas de la Cirugía Gástrica" se ha ido ampliando, su aparición es más frecuente, si no porcentualmente en todas las manos, sí en la cifra absoluta de enfermos que las padecen, por la difusión y práctica en múltiples centros de este tipo de cirugía, antes reservada a pocos especializados, y aun en éstos, como consecuencia de la mayor radicalidad a que antes aludíamos.

No podían los cirujanos permanecer impassibles ante estos hechos y el problema de los resultados tardíos, y en especial el de la capacidad vital del operado de estómago, ha pasado a primer plano al poderse dar por prácticamente resueltos los de las posibilidades técnicas y mortalidad operatoria.

Para tratar de solventarlo surgen nuevas técnicas, posibles hoy precisamente por los avances en todos los medios auxiliares, aunque supongan una mayor audacia quirúrgica, un mayor traumatismo y una mayor complejidad. De un grupo de ellas, de las que preconizan la sustitución del estómago resecado por un segmento intestinal, nos vamos a ocupar brevemente. Se ha propuesto su empleo en la cirugía del úlcus, en la del cáncer e incluso como