

## **CIRUGIA**

### **CIRUGÍA MAYOR EN LA ENFERMEDAD DE HODGKIN**

Dr. ROGER D. WILLIAMS y colaboradores

De la Facultad de Medicina del Estado de Ohio, Columbus

A literatura sobre la enfermedad de Hodgkin contiene poco sobre el tratamiento quirúrgico de esta afección. Nosotros podemos presentar una serie de 35 casos (18 hombres y 13 mujeres), con edad promedio de 38 años, en quienes los procedimientos quirúrgicos fueron: una disección cervical radical, 6 toracotomías, 23 laparotomías, 1 mastectomía, 1 drenaje de un absceso perirrenal y 3 laminectomías.

#### **Cirugía para tratar complicaciones de la enfermedad de Hodgkin**

Las complicaciones ocurridas en el curso del tratamiento médico de la enfermedad de Hodgkin son las que merecen con más frecuencia la intervención operatoria. En nuestro grupo, la complicación más frecuente ha sido el hiperesplenismo, en el cual los resultados confirman plenamente el valor de la esplenectomía en estos pacientes. En conjunto se practicaron 11 esplenectomías. En 4 de estos casos la impresión primera señalaba que la trombocitopenia o la neutropenia se debían al hiperesplenismo primitivo; el hecho de que fuera secundario a la enfermedad de Hodgkin se demostró en el momento de la intervención. El diagnóstico de la enfermedad se precisó antes de que evolucionara el hiperesplenismo en los restantes 7 casos. Después de la esplenectomía la fórmula hemática volvió a la normalidad en 9 de los 11 casos. El curso postoperatorio no presentó complicaciones. Estos pacientes sobrevivieron de 1 a 28 meses. El procedimiento quirúrgico no aceleró el curso de la enfermedad de Hodgkin en ninguno de estos pacientes.

Los síntomas de compresión son otra indicación, segunda en frecuencia, para los tratamientos de tipo quirúrgico. La compresión de la médula por el tejido hodgkiniano epidural puede significar una urgencia operatoria. Nosotros hemos practicado 3 laminectomías, después de las cuales se comprobó la inmediata mejoría neurológica en uno de los pacientes,

lenta mejoría en otro y mejoría nula, pero sin progresión de los síntomas, en el tercero. Hemos deducido de nuestra experiencia que en los casos de compresión medular se indica sin demora la laminectomía y la excisión del tejido patológico antes de la irradiación, puesto que la radioterapia, a las dosis necesarias para obtener resultados, va seguida muchas veces de edema de los tejidos irradiados; si no se ha procedido previamente a la laminectomía que deje campo a la expansión, se puede agravar la compresión con posibilidad de producirse lesiones irreversibles. Los resultados de la cirugía son muchas veces decisivos, con prolongación de los mismos si se recurre luego a la irradiación. Los mismos principios se aplican a las compresiones de la tráquea, del tubo digestivo y de las vías urinarias.

La tercera complicación que puede merecer tratamiento quirúrgico es el dolor como consecuencia del crecimiento del tejido anormal. La extirpación de grandes masas del mismo puede determinar la mejoría sintomática, sobre todo si se combina la intervención con la radioterapia. En uno de los casos de este grupo se comprobó la invasión masiva de la mama, por lo que se recomendó y practicó la mastectomía para eliminar una masa dolorosa en la glándula. La mejoría fué escasa y efímera en esta enferma, que sucumbió 5 meses después de enfermedad de Hodgkin generalizada. El curso no pareció modificarse en ningún sentido después de la cirugía.

### La cirugía en el diagnóstico

La biopsia de los ganglios periféricos es un procedimiento quirúrgico bien aceptado que no requiere explicaciones. Sin embargo, en un buen número de estos pacientes no pueden descubrirse ganglios invadidos y, en el caso de adenitis, es posible que la biopsia no revele nada patológico. En el caso de signos que hagan sospechar una invasión del tórax o del abdomen, se plantea la cuestión de si es aconsejable practicar la toracotomía o la laparotomía exploradoras. En general, por lo menos hasta la fecha, estos procedimientos se han rechazado por considerar arriesgada la intervención en los pacientes de enfermedad de Hodgkin.

En 5 pacientes de esta serie se practicó la toracotomía; en 2 se extirparon tumores mediastínicos que eran objeto de compresión de la tráquea. En los otros 3 el objeto fué simplemente diagnóstico. En 4 de estos pacientes la supervivencia postoperatoria varió entre los 11 y los 40 meses. El quinto paciente murió de shock en la mesa de operaciones.

Se practicaron 5 laparotomías con fines diagnósticos; 2 de estos enfermos murieron poco después de la intervención.

### **Intervenciones diversas en el paciente de enfermedad de Hodgkin**

El paciente de enfermedad de Hodgkin tiene la misma probabilidad de sufrir afecciones que requieran tratamiento quirúrgico como cualquier otro sujeto. En este caso el cirujano no debe vacilar ante la perspectiva de practicar una intervención, pues el enfermo sufre una enfermedad que acabará por ser fatal. Seis de nuestros 7 pacientes no presentaron complicaciones durante el período postoperatorio; el otro murió después de practicarle tres intervenciones de cirugía mayor.

### **Cirugía para el tratamiento decisivo de la enfermedad de Hodgkin**

El lugar exacto que ocupa la cirugía en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin es difícil de precisar. Uno de nuestros pacientes se trató por medio de la disección radical del cuello, los ganglios del cual habían quedado invadidos por el tejido hodgkiniano. Ese paciente vive y se encuentra bien después de ocho años y medio de practicada la intervención. No podemos sacar conclusiones de este caso único, pero se han citado en la literatura otros asimismo favorables.

### **Resultados**

En conjunto se practicaron 35 intervenciones quirúrgicas en 31 casos de enfermedad de Hodgkin. En 26 casos (lo que representa el 74,3 %) los pacientes pudieron ser dados de alta después de un período postoperatorio sin complicaciones. En 21 de estos 35 casos (60 %) se comprobó la mejoría del curso clínico, lo que significa que se prolongó la supervivencia, en tanto que en 11 no se apreció mejoría. La mortalidad fué en conjunto de 3 casos, debido a que la afección era rápidamente progresiva o bien a que se intentó el tratamiento en una fase terminal. La convalecencia postoperatoria de los casos favorables puede compararse en todos los aspectos a la correspondiente a operaciones similares en sujetos sin enfermedad de Hodgkin.

El promedio de duración a partir de los primeros síntomas de la enfermedad, en 31 pacientes, fué de 26,7 meses; después de la cirugía fué de 21,3 meses, pero si se excluyen los que se trataron siendo casos desesperados. Este promedio llega a los 27,7 meses. Estas cifras señalan que el curso de la enfermedad de Hodgkin no se acelera si se practica la cirugía mayor durante el mismo.