

## LAPAROTOMIA E ESPLENECTOMIA PARA ESTADIAMENTO DA DOENÇA DE HODGKIN

AIRTON JORGE DA SILVA VARELA \*  
 CEZAR AUGUSTO CHIAFFITELLI \*\*  
 MIGUEL ANGELO MARTINS DE CASTRO \*\*\*  
 CARLOS RENAN VARELA JULIANO \*\*\*\*

### RESUMO

O grupo estudado é constituído por quatorze pacientes portadores da Doença de Hodgkin, submetidos à Laparotomia com Esplenectomia e Estadiamento (LEE), dentro de um critério seletivo e como experiência inicial realizada no Departamento de Cirurgia da URG. Analisam-se as alterações produzidas no Estadiamento inicial, bem como os dados resultantes do estudo do baço e gânglios abdominais. Enfatiza-se a necessidade do uso do procedimento, dentro de uma rotina cirúrgica padronizada e útil, mesmo em serviços de Cirurgia Geral.

Palavras-chaves: Hodgkin; Linfomas; Laparotomia; Esplenectomia.

O tratamento da doença de Hodgkin segue em permanente evolução e controvérsia. De um período mais ou menos obscuro, confuso e empírico passou-se, a partir de 1969, desde o trabalho de Glatstein<sup>12</sup>, a uma etapa de grande progresso e melhora nos resultados obtidos. A concepção de tratamento moderno, originada em Stanford, permitiu uma nova visão da doença como um todo. Com a introdução da Laparotomia com Esplenectomia e Mapeamento de linfonódios para Estadiamento final passou-se a conhecer melhor a extensão global da doença bem como seus mecanismos de evolução e disseminação. Mudou, assim, o papel desempenhado pelo cirurgião em relação aos portadores da doença. De um passado não muito remoto,

\* Prof. Tit. Dep. Cirurgia da URG, TCBC.

\*\* Prof. Tit. Dep. Cirurgia, área de Oncologia, Chefe do Serviço de Oncologia e Radioterapia da A. C. Santa Casa do Rio Grande, Tit. do CBR, ASTR (Membro do American Society of Therapeutic Radiologists).

\*\*\* Prof. Adj. Cirurgia, Doutor em Cirurgia Abdominal, ACBC.

\*\*\*\* Prof. Ass. de Patologia, Mestre em Patologia Humana.

em que o cirurgião era apenas um membro secundário na equipe de tratamento, limitando sua atuação na realização de biópsia de massas ganglionares, na remoção quase sempre sem sucesso de massas localizadas ou na intervenção fortuita em casos de obstruções digestivas por compressões extrínsecas ou localizações extraganglionares passa o cirurgião a ocupar, no momento atual, um papel relevante e prioritário para o diagnóstico preciso da extensão da doença e seu tratamento adequado.

O presente trabalho visa ao estudo de um grupo inicial de pacientes, todos com diagnóstico prévio da doença, operados dentro de um critério seletivo. Procura-se demonstrar a importância e as vantagens acarretadas pela LEE, bem como a viabilidade de realização em serviços não especializados, desde que se utilizem rotinas padronizadas dentro dos recursos estruturais locais e em integração harmônica com outros serviços de apoio.

## PACIENTES E MÉTODOS

O grupo estudado consta de quatorze pacientes com Doença de Hodgkin confirmada (DH), submetidos à LEE com critério seletivo e operados entre 1977-1984. Foram excluídos do estudo pacientes nos Estádios III-B e IV-A ou B. Doze pertencem ao sexo masculino e dois ao feminino. O paciente mais jovem tem 15 anos e o mais velho 53, sendo a média de idade de 32 anos. Todos foram submetidos a uma rotina de avaliação pré-operatória mínima que constou de:

### 1- História Clínica

### 2- Exame Físico — visando principalmente:

2.1- a avaliação da região do anel de Waldeyer;

2.2- as cadeias ganglionares periféricas

	{	cervical
		axilar
		inguinal

### 3- Exame do Abdome — visando principalmente:

a Esplenomegalia

a Hepatomegalia

as Massas Abdominais

### 4- Avaliação paraclínica

{	VSG
	Hemograma
	Radiografia de Tórax (F—P)

### 5- Biópsia ganglionar

{	Incisional
	Excisional

Três pacientes foram submetidos à Linfoangiadenografia bipodal combinada com Urografia excretora. Cortes tomográficos do tórax só foram utilizados em casos de dúvida. O mielograma, as provas de função hepática, a biópsia percutâ-

nea de fígado e a cintilografia hepato-esplênica foram substituídas pelos achados mais precisos e objetivos do exame do material de laparotomia em nosso meio. Não houve massas abdominais palpáveis que indicassem o uso de Ecografia abdominal. Diante dos achados objetivos da Laparotomia acreditamos que a Laparoscopia seja de indicação muito rara.

A topografia inicial das massas ganglionares esteve assim distribuída:

1- Região cervical . . . . .	10 vezes . . . . .	58,8%
2- Mediastino . . . . .	4 vezes . . . . .	23,5%
3- Região axilar. . . . .	2 vezes . . . . .	11,7%
4- Região inguinal . . . . .	1 vez . . . . .	5,8%

Os percentuais acima se referem aos 14 casos e 17 localizações das massas em forma isolada ou combinada. Chama atenção que, em três oportunidades (casos n<sup>OS</sup> 7, 11 e 13) a massa mediastinal inicial foi descoberta em simples abreuografia de rotina.

O tempo decorrido, entre a descoberta inicial da massa ganglionar e a biópsia que afirmou o diagnóstico, foi de 9,3 meses em média, com um mínimo de 3 e um máximo de 24 meses.

Uma vez afirmado o diagnóstico e não havendo contra-indicações por patologias associadas graves, obesidade excessiva ou outras, os pacientes foram submetidos a uma rotina cirúrgica como resumidamente se segue:

- 1- via de abordagem: foi usada preferencialmente a laparotomia paramediana pararectal interna D. supra e infra-umbilical e, opcionalmente, a mediana de mesma extensão com transecção umbilical;
- 2- uso de campos de proteção na parede como para "asepsia oncológica";
- 3- inventário da cavidade abdominal: são examinados, sucessivamente, e, pela ordem: o baço, o fígado, o pâncreas (de afetação muito rara), todo o tubo digestivo de estômago a reto, os rins, útero e ovário em mulheres e, finalmente, avaliam-se por palpação as principais cadeias ganglionares: hilo esplênico, tronco celíaco, cadeia hepática, cadeia gastroepiplóica, cadeias pré e para-aórtico-cava, ilíacas, mesentérica e colônicas;
- 4- esplenectomia com retirada de todos os gânglios, porventura existentes, a nível do hilo esplênico. Procura, identificação e retirada de possíveis baços acessórios. Clipagem da área correspondente ao hilo do baço;
- 5- retirada de gânglios em todas as cadeias abaixo enumeradas, seguida de clipagem metálica e obedecendo ao seguinte critério: somente são retirados gânglios em cadeias, onde houver aumento de tamanho do gânglio ou alteração chamativa de consistência ou coloração, ou por orientação prévia da Linfografia. Por ordem, as cadeias passíveis de biópsia são: tronco celíaco, hepática, pré e paracaval, retroduodenal e renal D., pré e para-aórtica, renal E., ilíacas D. e E., mesentérica alta e baixa, cólon D. e E.;
- 6- biópsia cuneiforme dos ovários (mulheres) e retrofixação uterina dos mesmos;

- 7- biópsia do fígado, retirando fragmento triangular da borda de lobo D. e E. ou de qualquer zona suspeita. Não foi utilizada a biópsia com agulha;
- 8- revisão da hemostasia, lavagem do abdome com SF morno e fechamento da parede abdominal, por planos, com fio inabsorvível (nylon). Não se usou em nenhuma ocasião drenagem da loja esplênica;
- 9- finalmente, biópsia da crista ilíaca D. com retirada de chips ósteo-esponjoso e medula.

Encerrada a cirurgia, a rotina pós-imediata constou, sistematicamente, de:

- 1 - fotografia do baço e de todo o material retirado;
- 2 - medida do baço em três dimensões: altura, largura e espessura, bem como avaliação da consistência;
- 3 - colocação do material em frascos separados, devidamente identificados, numerados e rotulados;
- 4 - descrição de todos os achados da semiologia transoperatória e envio do material e relatório ao serviço de Anatomia Patológica.



FIGURA 1

Baço e material retirado em frascos rotulados para serem enviados ao patologista.

## RESULTADOS:

### O DIAGNÓSTICO POSITIVO DE DH:

A afirmação do diagnóstico de DH e sua forma histológica bem caracterizada nem sempre surgiram quando da primeira biópsia. Assim, 8 pacientes (57,1%) tiveram o diagnóstico afirmado quando da biópsia inicial, 4 (28,5%) necessitaram de 2 biópsias e 2 (14,2%) tiveram de ser submetidos três vezes ao procedimento inicial até a confirmação final. Nos 14 pacientes foram realizadas 22 biópsias com uma média de 1,5 por paciente. Um total de 42,7% dos pacientes necessitaram, portanto, da repetição do procedimento.

### O ESTUDO DO BAÇO:

Apenas 3 pacientes (21,4%) tiveram baço palpável no exame físico. Após estudo anátomo-patológico constatou-se que, dos 3 baços palpáveis, apenas 1 estava comprometido (1/3 de comprometimento). Dos restantes, 11 não palpáveis, 3 estavam comprometidos (27,2%). Dos 14 baços extirpados houve comprometimento em 4 (28,5%). Houve discrepância visível entre as dimensões encontradas pelo cirurgião e pelo patologista, embora, a priori, o método de dimensionamento dos parâmetros pareça ser superponível. Assim, a média de tamanho do baço encontrada pelo cirurgião, em 14 casos foi de 13,7 x 9,3 x 5 cm. A média encontrada pelo patologista, em 10 baços mensurados foi de 16,1 x 10 x 5,7 cm. Não houve correlação evidente, nesse pequeno grupo de pacientes estudados, entre baço aumentado e comprometido e nem entre tamanho normal médio e não comprometimento pela doença.

### O COMPROMETIMENTO GANGLIONAR ABDOMINAL:

Dos 14 pacientes, havia 6 com gânglios comprometidos (42,8%). 3 pacientes tiveram avaliação ganglionar abdominal prévia por linfografia. Nesses 3, a informação prestada pela linfografia foi valiosa, no que diz respeito ao comprometimento ganglionar referido ao eixo lombo-aorto-ilíaco. A avaliação definitiva foi feita, no entanto, durante a laparotomia e extirpando os gânglios suspeitos, dentro do critério, anteriormente, referido. Foram extirpados para exame 39 gânglios nos 14 pacientes com uma média, relativamente, baixa de 2,7 gânglios por doente laparotomizado. Dentre os 39 extirpados havia 11 comprometidos (28,2%). Do total de comprometidos constatou-se que 6 encontravam-se em cadeias não visualizáveis pela linfografia: 1 em cadeia hepática, 1 em tronco celíaco, 3 em cadeia mesentérica e 1 no grupo 3 do estômago, a nível da grande curvatura gástrica dando, assim, 54,4% de possibilidade de comprometimento neste estudo, só detectável pela Laparotomia. Medidos os gânglios, dos 11 comprometidos por doença havia 10 aumentados de tamanho e apenas 1 (caso nº8) com tamanho normal e 0,4 cm de diâmetro, exatamente o localizado na cadeia gastroepiplóica, em que se constatou um foco microscópico de doença.

Ficaram fora da presente avaliação os gânglios do hilo esplênico, retirados sempre junto com o baço e, portanto, fugindo ao critério preestabelecido de seleção.

## A CORRELAÇÃO BAÇO-GÂNGLIOS:

A correlação entre baço e gânglios, comprometidos em forma conjunta ou isolada, ficou assim distribuída: 3/14 pacientes tiveram, simultaneamente, comprometimento do baço e de gânglios abdominais; 1/14 teve baço comprometido sem invasão de gânglios e 3/14 apresentaram comprometimento ganglionar com baço normal.

## O COMPROMETIMENTO DO FÍGADO:

Em apenas uma ocasião verificou-se esse fato, no paciente de nº 6, onde a doença teve início na região inguinal e foi estadiado pré-operatoriamente como II-B. Um segundo paciente, o de nº 9 do grupo, apresentou simultaneamente com a localização periférica da doença, dois nódulos hepáticos diagnosticados como metástases de adenocarcinoma com primário desconhecido, provavelmente tumor colônico.

## A PRESENÇA DE BAÇO ACESSÓRIO:

Quatro pacientes (casos nºs 4, 5, 6 e 14) apresentaram baços acessórios, na proporção de 1 por paciente, correspondendo a um percentual de incidência da ordem de 28,5%. Três estavam localizados no ligamento gastroesplênico e 1, no gastrocólico. O diâmetro médio desses baços acessórios foi de 1,6 cm e nenhum deles estava comprometido pela doença, nem mesmo com focos microscópicos.

## OS TIPOS HISTOLÓGICOS:

Dos 14 pacientes, 2 foram classificados como Esclerose Nodular (EN = 14,2%), 5 como Predominância Linfocitária (PL = 35,7%), 6 como Celularidade Mista (CM = 42,8%) e 1, como Depleção Linfocitária (DL = 7,1%). Não se registraram mudanças nos tipos histológicos, em relação ao diagnóstico pela biópsia ganglionar e após laparotomia, nem tão pouco em relação a biópsia subseqüentes ou em regiões ganglionares periféricas diferentes.

## O ESTADIAMENTO CLÍNICO:

O Estadiamento Clínico esteve assim distribuído:

I-A . . . . .	2 casos	I-B . . . . .	1 caso
II-A . . . . .	3 casos	II-B . . . . .	6 casos
III-A . . . . .	2 casos		

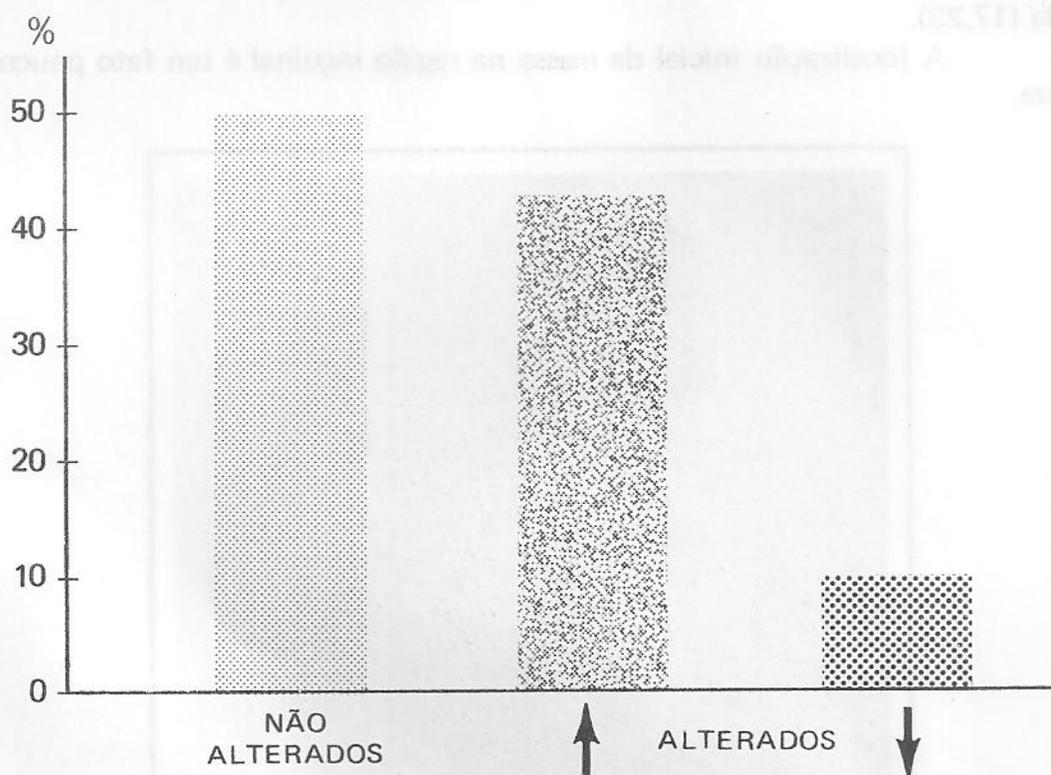
ou seja: metade dos pacientes pertenciam ao grupo A (sem sintomas) e metade ao grupo B (com sintomas: diminuição de 10% ou mais do peso nos últimos 6 meses, febre acima de 38°, suores noturnos).

### O ESTADIAMENTO PATOLÓGICO:

Após a Laparotomia, os pacientes passaram a ser estadiados como segue: I-A (1 paciente), I-B (1 paciente), II-A (4 pacientes), II-B (1 paciente), III-A (2 pacientes), III-B (4 pacientes), IV-A (zero pacientes) e IV-B (1 paciente).

### AS ALTERAÇÕES PRODUZIDAS PELA LAPAROTOMIA NO ESTADIAMENTO:

Após Laparotomia, metade dos pacientes tiveram seu Estadiamento modificado em 7/14 (50%). Das 7 modificações 6, ou seja, 85,7% dos casos tiveram seu Estadiamento aumentado e apenas 1 (14,2%) teve o Estadiamento diminuído.



GRÁFICO

Alteração produzida pela Laparotomia no Estadiamento Clínico – 14 Casos.

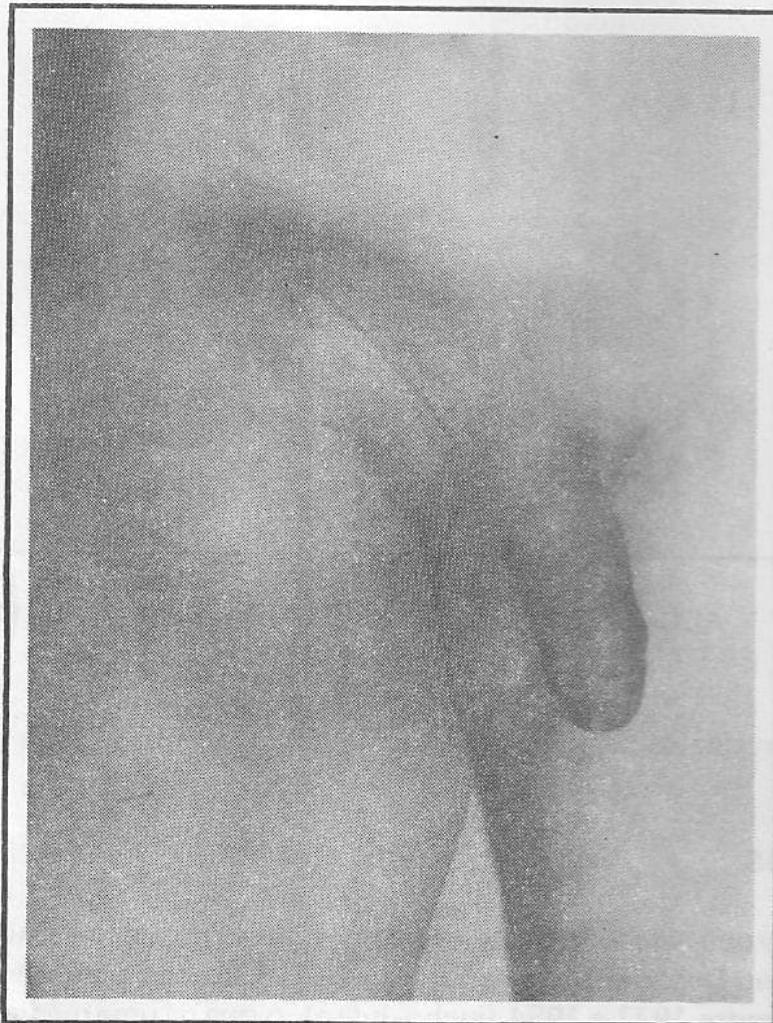
### COMENTÁRIOS

O grupo estudado de 14 pacientes representa a experiência inicial com a LEE, realizada no Departamento de Cirurgia da URG. Esses pacientes foram submetidos à cirurgia entre 1977 e 1984 (junho-julho), o que dá uma média de 2 Laparotomias por ano. A incidência real da DH no nosso país não é, exatamente, conhecida. De acordo com o Registro de Câncer de São Paulo<sup>19</sup>, a incidência de doença naquele município no ano de 1969 foi de 2,3 para cada 100.000 homens e 1,3 para cada 100.000 mulheres. Isso reflete uma incidência de 3,6 a cada 100.000 indivíduos/ano.

Transpondo esses dados para o nosso município, já que a distribuição da doença é universal, e levando em consideração a população do último recenseamento (1982) que era de 150.000 habitantes teríamos, assim, em nosso meio, cerca de 5 casos novos por ano. Desses, um fica, provavelmente, fora de indicação pelo estadiamento avançado (III-B ou IV-AB). Pode-se prever, portanto, que dois outros casos por ano ainda não estão sendo beneficiados pelo uso do procedimento, resultando em tratamento inadequado. Apesar disso e levando em consideração o meio em que trabalhamos, a experiência é razoável, uma vez que na Universidade do Texas, onde há um maior encaminhamento de pacientes, a experiência relatada por Nelson<sup>17</sup> foi de 50 casos em 9 anos (período 1971-1980), o que dá uma média de 5,5 casos por ano.

A média de idade do grupo estudado é de 32,2 anos, com oito pacientes com menos de 35 anos, o que está de acordo, de modo geral, com a literatura revisada (17,23).

A localização inicial da massa na região inguinal é um fato pouco frequente.



**FIGURA 2**

Caso nº 6 — paciente com massa ganglionar inicial localizada na região inguinal, estadiado pós-Laparotomia como IV-B e com porção supra diafragmática livre de doença.

Tivemos 1 caso em 14 (7,1%), o que está de acordo com a experiência de Sterchi<sup>22</sup>, com 5 localizações inguinais iniciais para 123 pacientes estudados, o que dá a média de 4% apenas.

No nosso grupo foram necessárias, para a afirmação do diagnóstico pré-operatório de DH, 22 biópsias com uma média de 1,5 por paciente e 42,7%, necessitando submeter-se, mais de uma vez, ao procedimento para o diagnóstico positivo. Não encontramos dados comparativos na bibliografia revisada. Acreditamos que o fato deve-se, em nosso meio, a duas causas principais: 1) a maior parte das biópsias iniciais são realizadas por cirurgiões não treinados retirando, via de regra, material insuficiente e não escolhendo os melhores gânglios para serem biopsiados, incorrendo, em conseqüência, em falha técnica; 2) a indefinição em certos casos a partir do patologista que, pela primeira circunstância ou por influência do estado evolutivo da doença fornece um certo número de laudos com o diagnóstico de processo inflamatório inespecífico ou hiperplasia linfo-reticular inespecífica. A falta de um maior contato entre cirurgião e patologista pode, também, concorrer para a existência da falha.

## A AVALIAÇÃO DO BAÇO

No nosso grupo a palpação do baço foi possível em 3/14 ou 21,4%. Embora realizada por mais de um indivíduo, esteve muitas vezes sujeita à controvérsia, não sendo, na maioria das vezes, um método fidedigno para dimensionar o tamanho da víscera. De maneira geral, depreende-se que, a maioria dos indivíduos não apresenta baço palpável quando da indicação da Laparotomia. Assim, a palpabilidade é baixa nos trabalhos revisados: 14% em 10, 16,6% em 21 e 8% apenas em 13.

A relação baço palpável/baço comprometido também é aleatória. Tivemos em 3 palpáveis 1 comprometido (33,3%). Porém 50% dos palpáveis estão comprometidos para Rosemberg<sup>20</sup>, 39,2% para Gill<sup>10</sup>, 44,4% na série de Sanduski<sup>21</sup> e apenas 25% no trabalho de Hermreck<sup>13</sup>. Também a relação entre baço não palpável/baço comprometido é variável na literatura consultada. Foi de 25% em 20, 37,7% em 21 e 36,9% no grupo de doentes de Hermreck<sup>13</sup>. Na nossa experiência de 11 baços não palpáveis houve 3 comprometidos (27,2%). O percentual de comprometimento no nosso grupo entre todos os baços extirpados foi de 4/14 (28,5%). Em 10 foi 39,2%, em 22 cerca de 42% e, em 7, no trabalho de Cannon, em 135 baços extirpados de 400 pacientes houve um comprometimento percentual na ordem de 33,7%.

Não existe também uma relação de conseqüência entre o peso do baço extirpado e o seu comprometimento. Gill<sup>10</sup> afirma que somente baços com mais de 500 gramas estão seguramente comprometidos. Na experiência de Sterchi<sup>22</sup>, os baços invadidos por doença tiveram um peso médio de 415 gramas, enquanto os não invadidos pesaram em média 241 g, portanto ainda com um peso acima da média considerada normal (> 200 g).

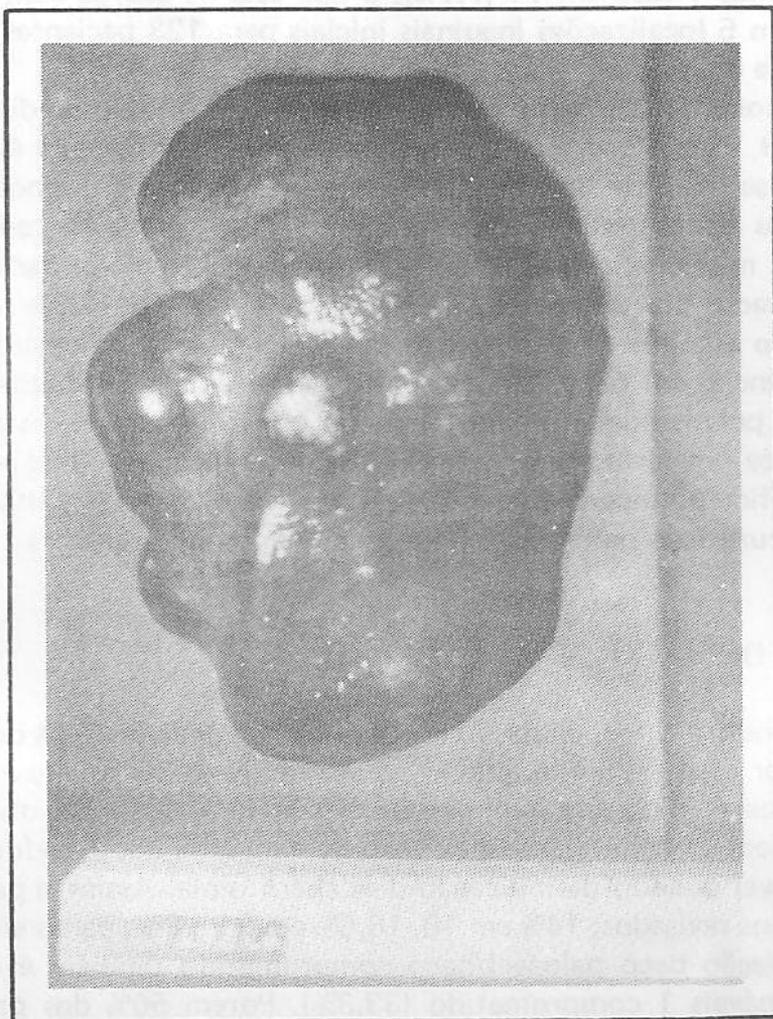


FIGURA 3

Exemplo de baço com focos macroscópicos de Doença de Hodgkin, palpável e aumentado de peso e tamanho.

No nosso estudo obtivemos resultados paradoxais: a média dos comprometidos foi de 157 g e a dos não comprometidos 196 g sobre um montante de 8 baços pesados pelo patologista. Tal fato não tem explicação clara, a menos que a grande variação individual no tamanho e peso da víscera e o pequeno número de baços pesados tenham concorrido para o achado. Mesmo assim, sabe-se que muitos baços com peso dentro da média normal estão comprometidos, principalmente, por focos menores de doença, enquanto baços de peso maior podem apresentar apenas hiperplasia ou fenômenos puramente congestivos.

Houve, também, discrepância aparente entre as medidas tomadas pelo cirurgião, logo após a retirada do baço, e as dimensões encontradas pelo patologista.

**QUADRO Nº 1 – TAMANHO DO BAÇO – DISCREPÂNCIA ENTRE CIRURGIÃO E PATOLOGISTA**

CASO	MÉDICO CIRURGIÃO	MÉDICO PATOLOGISTA	COMPROMETIMENTO	PALPÁVEL
1	14 x 8 x 6	22 x 12 x 7	NÃO	NÃO
2	12,5 x 8 x 5	19 x 11 x 6	NÃO	NÃO
3	12 x 8 x 4	-----	SIM	NÃO
4	13 x 9 x 4	-----	NÃO	NÃO
5	21 x 15 x 9	-----	NÃO	NÃO
6	17 x 10 x 6	23 x 14 x 5,5	SIM	NÃO
7	12,5 x 10,5 x 5	14 x 10 x 6	SIM	NÃO
8	10,5 x 8 x 4	-----	NÃO	NÃO
9	12,5 x 9 x 4	12 x 7 x 5,5	NÃO	NÃO
10	14,5 x 10 x 5	16 x 10 x 8	NÃO	NÃO
11	14,5 x 11 x 5	15,5 x 10 x 5,5	SIM	SIM
12	12 x 8 x 4	13 x 9 x 4	NÃO	NÃO
13	12 x 9 x 5	13 x 8 x 4	NÃO	NÃO
14	15 x 8 x 4,5	13,5 x 9 x 6	NÃO	SIM

*No presente quadro demonstra-se, além da discrepância de medidas na avaliação do tamanho do baço, a falácia da pretensa relação tamanho/palpabilidade.*

A média encontrada por um de nós ( \*) em 14 baços para as três dimensões foi: 13,7 x 9,3 x 5 cm. A média das medidas encontrada em 10 baços, pelo patologista foi: 16,1 x 10 x 5,7 cm. Também não possuímos uma explicação satisfatória para esse achado, uma vez que os diâmetros previamente convencionados foram: o maior em altura (longitudinal), o maior em largura (transversal) e o maior em espessura. No entanto, em uma víscera de formato tão variável, a causa de erro pode ser muito grande, no que respeita a atuação do observador.

## A AVALIAÇÃO DOS GÂNGLIOS RETIRADOS À LAPAROTOMIA

Dos 14 pacientes houve 6 com comprometimento em gânglios extirpados durante a Laparotomia, o que dá um percentual de 42,8%. Esse dado está de acordo com outros trabalhos<sup>10</sup>, onde o percentual foi de 43,9%, portanto muito próximo. A média de gânglios para amostragem durante a Laparotomia não foi alta: 2,7 gânglios examinados por paciente com um total de 39 retirados. Dos 6 pacientes com gânglios comprometidos, em 3 deles se detectou o fato em etapa pré-operatória pela linfoangiografia, reduzindo à metade (21,4%) a influência da Laparotomia na confirmação de gânglios abdominais comprometidos. Esse fato está muito próximo dos trabalhos da literatura<sup>17, 21, 22, 23</sup>, onde se verifica que a Linfoangiadenografia bipodal pode mostrar o comprometimento de gânglios no abdome entre 75-90% dos casos. A Linfografia não mostra, no entanto, o comprometimento de gânglios fora do eixo aorto-ilíaco<sup>14</sup>. Isso pode ser demonstrado pelos dados encontrados. Na avaliação realizada, constatamos que de 11 gânglios comprometidos sobre os 39 retirados havia 6 (54,5%), sobre os comprometidos, que se localizavam em cadeias não visualizáveis pela linfografia. Houve relação, quase direta, entre o tamanho do gânglio e o comprometimento, diferindo do que acontece com o baço. Assim, de um total de 11 gânglios comprometidos que foram retirados, havia apenas 1 de tamanho normal (0,4 cm diâm.), localizado em cadeia gastroepiplóica D. Dos 6 pacientes com comprometimento ganglionar foram retirados para avaliação 20 gânglios com uma média de 3,3 cm de diâmetro; dos 8 casos sem comprometimento foram retirados 19 gânglios com uma média de 2,3 cm de diâmetro. Não encontramos na bibliografia por nós revisada elementos para estudo comparativo com os nossos achados. A constatação de comprometimento ganglionar isolado (com baço normal), referido por 10 como da ordem de 10,2% alcançou, no grupo por nós estudado, 21,4%.

## A AVALIAÇÃO DO FÍGADO

Essa avaliação não parece ser freqüente mesmo em séries maiores. No trabalho de Cannon<sup>7</sup> houve 12 casos em 400 (3%) e no de Hermreck<sup>13</sup> 5 casos em 50 (10%). Tivemos apenas 1 caso em 14 (7,1%). Em outro paciente, no entanto, tivemos um achado bastante raro. No caso n<sup>o</sup> 9 da série foi descoberto à Laparotomia, em abdome completamente negativo para Hodgkin, a presença de duas formações nodulares em fígado com macroscopia de metástases e que foram confirmadas à patologia como sendo de um adenocarcinoma primário, desconhecido, embora a incessante busca durante o ato cirúrgico. A associação de Doença de Hodgkin e outra neoplasia primária sincrônica parece ser realmente quase fortuita. Moertel<sup>16</sup> levantou, na Clínica Mayo, 921 casos de associação de neoplasias primárias múltiplas. No referido trabalho constata-se que existem apenas 13 casos de associação com Hodgkin, sendo 3 vezes com adenocarcinoma de cólon e com uma incidência na ordem de 1,4%.

## AS ALTERAÇÕES PRODUZIDAS NO ESTADIAMENTO PELA LAPAROTOMIA

Metade dos nossos pacientes tiveram seu Estadiamento modificado após

a Laparotomia (50%). Tal percentual elevado se deve, em parte, ao uso não rotineiro em nosso meio da Linfografia, procedimento por nós utilizado apenas três vezes (21,4%) e à falta de recursos de investigação mais sofisticados como a Tomografia Axial Computadorizada capaz de detectar, precocemente, massas abdominais, embora falhando quando da existência de focos microscópicos da doença. 6 pacientes tiveram seu Estadiamento aumentado e apenas 1 diminuído. A mudança de Estadiamento é, no entanto, um fato universal, conforme se depreende do quadro 2.

## QUADRO Nº 2 -- MUDANÇAS NO ESTADIAMENTO PRODUZIDAS PELA LAPAROTOMIA.

### REVISÃO DE LITERATURA

AUTOR	ANO	Nº PACIENTES	% DE MUDANÇA
Nuland (18)	1973	95	25%
Hermreck (13)	1975	50	46%
Irving (14)	1975	?	30%
Cannon (7)	1976	400	27,5%
Andrassy (17)	1977	76	37%
Sanduski (21)	1978	111	36%
Wilson (17)	1978	187	32%
Urlaub (23)	1979	107	40%
Sterchi (22)	1980	123	38%
Waldor (apud 22)	1980	136	25%
Gill (10)	1980	107	43%
Hartel (apud 5)	1980	1229	31%

*Quadro retirado de Nelson, PW(17), modificado pelos AA. Em 12 séries levantadas com 2.621 pacientes submetidos à Laparotomia, a alteração produzida no Estadiamento foi da ordem média de 34,2%.*

A controvérsia segue em relação à utilidade da Laparotomia em Estádios iniciais, I-A e II-A, mormente em mulheres. Cerca de 80% desses pacientes permanecem com o mesmo Estadiamento após a cirurgia. O mesmo não acontece nos Estádios I-B e II-B, onde 5/7 de nossos pacientes tiveram seu Estadiamento aumentado (ver duplo Quadro nº 3).

**QUADRO Nº 3 – COMPARAÇÃO DA ALTERAÇÃO PRODUZIDA PELA LAPAROTOMIA EM ESTÁDIOS INICIAIS I E II.**

CASO	ESTAD. PRÉ	ESTAD. PÓS	TIPO ALTERAÇÃO
2	II-A	II-A	=
3	I-A	III-A	+
12	II-A	II-A	=
13	II-A	II-A	=
14	I-A	I-A	=
1	II-B	III-B	+
4	I-B	I-B	=
5	II-B	III-B	+
6	II-B	IV-B	+
7	II-B	III-B	+
8	II-B	III-B	+
9	II-B	II-B	=

*Nos Estádios I e II-A só houve 20% de mudança pela Laparotomia, ao passo que nos Estádios I e II-B o percentual de mudança atinge 71,4%.*

Os tipos histológicos encontrados diferem um pouco da literatura revisada. Nessa, predominam os tipos EN e CM. No nosso grupo predominou a CM, seguida pelo tipo PL. A descoberta de baços acessórios e seu possível comprometimento é um fato que deve ser destacado. A freqüência com que se encontram baços acessórios é variável: Adami<sup>1</sup> encontra 11% em adultos. Para Curtis e Movitz<sup>9</sup> a incidência chega a 31,4%. Encontramos 4/14 (28,5%), sem nenhum deles estar comprometido. Pelo fato do número de pacientes ser pequeno, não foi encontrado comprometimento ósseo.

QUADRO Nº 4 – TABULAÇÃO DE DADOS – 14 CASOS DE DH SUBMETIDOS A LEE

CASO	IDENT.	IDADE	SEXO	BP	EC	BC	CGAb	FC	EP	ALT. EST	TH	BAC
1	SMS	47	F	SIM	II-B	NÃO	SIM	NÃO	III-B	+	PL	NÃO
2	JSM	24	M	NÃO	II-A	NÃO	NÃO	NÃO	II-A	=	DL	NÃO
3	OPP	46	F	NÃO	I-A	SIM	SIM	NÃO	III-A	+	PL	NÃO
4	RSP	52	M	NÃO	I-B	NÃO	NÃO	NÃO	I-B	=	DL	SIM
5	JSM	18	M	NÃO	II-B	NÃO	SIM	NÃO	III-B	+	PL	SIM
6	EVR	17	M	NÃO	II-B	SIM	SIM	SIM	IV-B	+	PL	SIM
7	IJC	53	M	NÃO	II-B	SIM	NÃO	NÃO	III-B	+	CM	NÃO
8	LSC	26	M	NÃO	II-B	NÃO	SIM	NÃO	III-B	+	PL	NÃO
9	VMJ	24	M	NÃO	II-B	NÃO	NÃO	NÃO	II-B	=	EN	NÃO
10	AMF	22	M	NÃO	III-A	NÃO	NÃO	NÃO	II-A	-	CM	NÃO
11	EAD	38	M	SIM	III-A	SIM	SIM	NÃO	III-A	=	CM	NÃO
12	JPM	33	M	NÃO	II-A	NÃO	NÃO	NÃO	II-A	=	CM	NÃO
13	AT	36	M	NÃO	II-A	NÃO	NÃO	NÃO	II-A	=	CM	NÃO
14	EOR	15	M	SIM	I-A	NÃO	NÃO	NÃO	I-A	=	CM	SIM

CÓDIGOS: BP=Baço palpável; EC=Estadiamento Clínico; BC=Baço Comprometido; CGAb=Comprometimento de Gânglios Abdominais; FC=Fígado Comprometido; EP=Estadiamento Patológico; ALT. EST=Alteração no Estadiamento; TH=Tipo Histológico; BAC=Baço Acessório.

Na presente série estudada não houve morbidade e nem mortalidade. Essas são registradas de forma diversa na literatura. Assim, em 90 Laparotomias Brogadir<sup>4</sup> tem 0% de mortalidade, porém com morbidade elevada: 37%. Nelson<sup>17</sup> em 50 pacientes tem 0% de mortalidade e 8% de complicações. Para Sterchi<sup>22</sup> as cifras encontradas são: 0,9% de mortalidade e 10% de complicações. É preciso notar que, no grupo de nossos doentes não havia crianças, onde a Esplenectomia, como se sabe<sup>11</sup>, pode produzir mortalidade mais elevada.

A morbidade e a mortalidade elevam-se em séries, onde se institui o "second look" ou Reestadiamento como rotina<sup>8</sup>.

## CONCLUSÕES

O valor da Laparotomia com Esplenectomia alicerçada em rotina bem executada é, sem dúvida, altamente valioso e capaz para o estudo completo de pacientes portadores de DH. Nesse grupo seletivo de pacientes a alteração produzida no Estadiamento foi de 50%. A Laparotomia substituiu com vantagens a Linfoangiografia, demonstrando comprometimento ganglionar isolado e, em áreas não visualizáveis por aquele procedimento. Acreditamos que, no momento atual, as vantagens definidas da Laparotomia com Esplenectomia para Estadiamento podem ser resumidas assim:

- 1 — é superior aos procedimentos clínicos ditos "não invasivos": Cintilografia Hepato-Esplênica, Ultrasonografia e TC. Essa é capaz de detectar massas em zonas não demonstráveis por Linfografia, mas é incapaz de positivar invasão microscópica em gânglios e baço;
- 2 — é superior à Linfografia, podendo detectar comprometimento ganglionar fora do eixo aorto-ilíaco, além de poder realizar-se em todos os meios;
- 3 — é superior aos procedimentos invasivos ditos "menores": biópsia hepática percutânea, Laparoscopia, etc.;
- 4 — a Esplenectomia é a única forma de se ter o exame completo do baço, mormente em casos de focos extremamente localizados;
- 5 — com a retirada do baço, previne-se a irradiação desnecessária do rim E e base do pulmão E;
- 6 — a Esplenectomia evita o risco do aparecimento de hiperesplenismo com a evolução da doença<sup>6</sup>;
- 7 — evidencia casos com localização abdominal exclusiva<sup>2</sup>;
- 8 — permite orientação para tratamento adequado;
- 9 — aumenta sua indicação e valor nos pequenos centros, onde não se dispõe de recursos sofisticados de avaliação pré-operatória.

ABSTRACT

The group here studied consists on fourteen patients carrying the Hodgkin disease, submitted to Laparotomy with Splenectomy and Stadium (LSS) in a selective and as a inicial experience, carried out at the Surgery Department of URG. The changes produced in the inicial Stadium, as well as the data obtained from the study of the spleen and abdominal ganglions are analysed. It is given emphasis to the need for the use of a procedure within a standard and useful surgical routine even in general Surgery services.

Key words: Hodgkin, Lymphomas, Laparotomy, Splenectomy.

3. BOUSQUET, R.; CHARLEUX, H.; COSSA, J. P.; RIBARDIÈRE, J. L.; WEISGERBER, C. H. La laparotomie exploratrice avec splénectomie dans le stade de Hodgkin. *Ann. Chir.*, 28: 829-34, 1971.

4. BROGADIR, S. et alii - Morbidity of staging laparotomy in Hodgkin's Disease. *Amer. J. Med.*, 64: 428-33, 1978.

5. CABRAL, P. S.; TEIXEIRA, J. A. M.; NASCIMENTO, E. Estadiamento clínico das Linfomas - Como e porque? - Uma visão clínica do problema. *R. Bras. Cancerol.*, n. 4: Jul-Ago, 1977.

6. CALVAEZOS, A.; HAUSMANN, K.; KUSE, R. Laparotomie Exploratoire et Splénectomie en la Enfermedad de Hodgkin. *Doc. Med. Neerl.*, 108: 34-42, 1982 (trad.).

7. CANNON, W. B.; NELSEN, T. S. Staging of Hodgkin's Disease: a surgical perspective. *A. J. Surg.*, 132: 234-38, 1976.

8. COKER, D.; MORRIS, D. M.; COLEMAN, J. J.; WIERNIK, P.; ELIAS, E. G. et al. Staging laparotomy for Hodgkin's Disease. *Ann. Surg.*, 197: 78-83, 1983.

9. CURTIS, G. M. & MOVITZ, D. The surgical significance of the splenic lesion in Hodgkin's Disease. *Ann. Surg.*, 123: 278-88, 1946.

10. GILL, P. G.; SOUTER, R. G.; MORRIS, P. G. Results of surgical staging laparotomy for Hodgkin's Disease. *Br. J. Surg.*, 67: 478-81, 1980.

11. GIRVAN, D. P. Staging laparotomy for Hodgkin's Disease in Children. *Can. J. Surg.*, 27: 409-12, 1978.

12. GLATSTEIN, E. et alii. The value of Laparotomy and Splenectomy in the staging of Hodgkin's Disease. *Cancer*, 23: 709-18, 1966.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMI, J. G.; BAILEY, H.; LOVE, M. C. *Compêndio de Cirurgia. Expaxs.*, 1965. V.2, cap. 35, p. 814.
2. ALLES, A. V.; SCHROEDER, P.; KASDORF, H. Valor e indicaciones de la laparotomia en la enfermedad de Hodgkin a presentación abdominal exclusiva. *Cir. Urug.*, 49: 295-98, 1979.
3. BOUSQUET, R.; CHARLEUX, H.; COSSA, J. F.; RIBARDIÈRE, J. L.; WEISGERBER, C. H. La laparotomie exploratrice avec splénectomie dans la maladie de Hodgkin. *Ann. Chir.*, 25: 829-34, 1971.
4. BROGADIR, S. et alii – Morbidity of staging laparotomy in Hodgkin's Disease. *Amer. J. Med.*, 64: 429-33, 1978.
5. CABRAL F<sup>o</sup>, S.; TEIXEIRA, J. A. M.; NASCIMENTO, E. Estadiamento cirúrgico dos Linfomas – Como e porquê? – Uma visão clínica do problema. *R. Bras. Cancerol.*, n. 4, Jul-Ago, 1977.
6. CALAVREZOS, A.; HAUSMANN, K.; KUSE, R. Laparotomia-Exploratoria y Esplenectomia en la Enfermedad de Hodgkin. *Dtsch. Med. Wschr.*, 106: 34-42, 1982 (trad).
7. CANNON, W. B.; NELSEN, T. S. Staging of Hodgkin's Disease: a surgical perspective. *A. J. Surg.*, 132: 224-30, 1976.
8. COKER, D.; MORRIS, D. M.; COLEMAN, J. J.; WIERNIK, P.; ELIAS, E. G. Res-taging laparotomy for Hodgkin's Disease. *Ann. Surg.*, 197: 79-83, 1983.
9. CURTIS, G. M. & MOVITZ, D. The surgical significance of the acessory spleen. *Ann. Surg.*, 123: 276-98, 1946.
10. GILL, P. G.; SOUTER, R. G.; MORRIS, P. G. Results of surgical in Hodgkin's Disease. *Br. J. Surg.*, 67: 478-81, 1980.
11. GIRVAN, D. P. Staging laparotomy for Hodgkin's Disease in Children. *Can. J. Surg.*, 21: 409-12, 1978.
12. GLATSTEIN, E. et alii. The value of Laparotomy and Splenectomy in the staging of Hodgkin's Disease. *Cancer*, 27: 709-18, 1969.

13. HERMRECK, A. S.; KOFENDER, V. S.; BELL, C. The staging of Hodgkin's Disease-Preoperative clinical assesment versus Operative avaliation. *Am. J. Surg.*, 130: 639-42, 1975.
14. IRVING, M. The role of surgery in the management of Hodgkin's Disease. *Br. J. Surg.*, 62: 853-62, 1975.
15. KLAUE, P.; GUNZER, U.; NURNBERGER, R. cit. por<sup>6</sup>.
16. MOERTEL, C.; DOCKERTY, M. B.; BAGGENSTOSS, A. Multiple Primary malignant neoplasms. *Cancer.*, 14: 221-30, 1961.
17. NELSON, P. W.; TOWNSEND Jr., C. M.; EAKIN, D. L.; COSTANZI, J. J. Is staging laparotomy for Hodgkin's Disease still justified? *Am. J. Surg.*, 143: 288-91, 1982.
18. NULAND, S. B. & PROSNITZ, L. R. Exploratory Laparotomy and Splenectomy in Hodgkin's Disease. *Am. J. Surg.*, 125: 399-402, 1973.
19. REGISTRO DE CÂNCER DE SÃO PAULO. Incidência de câncer no município de São Paulo no ano de 1969. *Div. Nac. Câncer, Brasília, Câmara dos Deputados, 1975.*
20. ROSEMBERG, S. A.; BOIRON, M.; DE VITA, V. T.; JOHNSON, R. E.; LEE, B. J.; ULTMANN, J. E.; VIAMONTE JR., M. Report of the Committes on Hodgkin's Disease staging procedures. *Cancer Res.*, 31: 1862, 1971.
21. SANDUSKI, W. R.; JONES, R. C. V. et alii. Staging laparotomy in Hodgkin's Disease. *Ann. Surg.*, 187: 485-89, 1978.
22. STERCHI, J. M., & MYERS, R. T. Staging laparotomy in Hodgkin's Disease. *Ann. Surg.*, 191: 570-75, 1980.
23. URLAUB, B. J., & MACK, E. Evaluation and complications of 107 staging laparotomies for Hodgkin's Disease. *Ann. Surg.*, 190:45-7, 1979.