

11209

103



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

LINFOMA GASTRICO
REVISION CLINICO - BIBLIOGRAFICA

T E S I S

Para obtener el Título de la Especialidad en
CIRUGIA GENERAL
p r e s e n t a

DR. AGUSTIN GARCIA DE ALBA ZEPEDA

Supervisores de Tesis
DR. LUIS IZE LAMACHE
DR. JUAN JESUS SZYMANSKI GOMEZ

MEXICO, D. F.

1983



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

- I. INTRODUCCION.
- II. HISTORIA.
- III. DEFINICION.
- IV. MATERIAL Y METODOS.
- V. RESULTADOS.
- VI. DISCUSION.
- VII. CONCLUSIONES.
- VIII. BIBLIOGRAFIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA.

A todos aquéllos que han contribuido
de una u otra forma a alcanzar esta meta.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

I. INTRODUCCION.

Este tema, al igual que cualquier trabajo, lleva como propósito implícito, conciente o no, el mejorar o superar los conocimientos que sobre éste o cualquier otro se escoja; en la Medicina, al igual que en muchas otras ramas de la ciencia, existen numerosos problemas para los estudiosos de cada materia, problemas debidos a muchas y variadas causas: capacidad personal, posibilidades de estudio por disponibilidades de elementos técnicos y recursos de muy variada índole. En el presente caso, un factor muy importante es la baja frecuencia de presentación de esta patología, por lo cual las experiencias personales o de grupo son pocas, no permitiendo decir con firmeza, cuál es el tratamiento más adecuado para esta patología y para los enfermos que la sufren.

Con la elaboración del presente trabajo, tratamos en lo posible de colocar una pieza más en la construcción, para ofrecer lo más adecuado y tratar con la máxima esperanza a quienes sufren y son afectados por esta patología en particular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. HISTORIA.

Rosenberg y asociados (30), describen los intentos de Virchow, Kundrat, Sterberg, Reed, Ewing y Symmers, de definir estrictamente los componentes de las neoplasias del sistema Reticulo-Endotelial, primeramente reportados por Thomas - - Hodgkin en 1832. Cruveilhier es acreditado (31), como el - primero en describir un Linfoma Gástrico; F.B. Jensen (8), refiere a Virchow en el año de 1887, como el primero en - - efectuar cirugía para un Sarcoma Gástrico, sin mencionar - más datos.

El Dr. F.E. Bunts de Cleveland, Ohio, es reconocido como el primero en haber realizado una cirugía curativa, para un - linfosarcoma gástrico en un niño de 9 años de edad, en el - año de 1914, habiendo resecao una tumoración de aproximadamente 900 gramos (8), encontrándose vivo y en buen estado 19 años después de la cirugía (5), reportado esto por Jones y Carmody.

La primera descripción gastroscópica de un Linfoma Gástrico, fue hecha por Rudolf Schindler en 1922, quien juntó con Letendre reportó 91 tumores gástricos (8).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. DEFINICION.

J. Connors y L. Wise (16), consideran como Linfoma Gástrico primario, cuando se encuentra este órgano involucrado masivamente en forma predominante, sin ganglios periféricos o mediastinales y con fórmula blanca normal.

El linfoma Gástrico, es definido como aquel tumor originado en el estómago, sin evidencia clínica, laboratorial, radiológica, de compromiso sistémico, al tiempo de su evaluación inicial. (23).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. MATERIAL Y METODOS.

Para la elaboración de este trabajo, se revisó el archivo - del servicio de Patología del Hospital General del Centro - Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, - desde el año de 1963 hasta 1982, habiendo encontrado 26 casos con el diagnóstico de Linfosarcoma Gástrico, confirmado con estudio histopatológico. De los 26 casos clínicos encontrados, se realizó revisión de expediente rechazándose para nuestro estudio 16 casos, por diferentes motivos: no encontrar expediente, encontrarlo incompleto en datos, no seguimiento de los pacientes, en su mayoría por no acudir éstos a la cita siguiente al alta con diagnóstico definitivo. Quedaron sólo 10 casos, en los cuales se encontraron los datos - adecuados para una revisión retrospectiva satisfactoria, y - los cuales se siguieron en la Consulta Externa hasta última cita o su fallecimiento. Cabe hacer notar, que en una revisión clínico-patológica efectuada en 1980 por el Dr. Vinuesa (14) en esta Unidad Hospitalaria, se encontraron 20 casos de Linfoma Gástrico. Sin embargo, aunque nuestros casos en su mayoría están considerados en su casuística, algunos no, y - los datos en consecuencia varían.

De los 10 casos de esta revisión actual, se tomaron en cuenta: historia clínica, antecedentes heredo-familiares, personales, padecimiento actual, exploración física, estudios de laboratorio y gabinete, procedimientos quirúrgicos, hallazgos, evolución y estudios histológicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

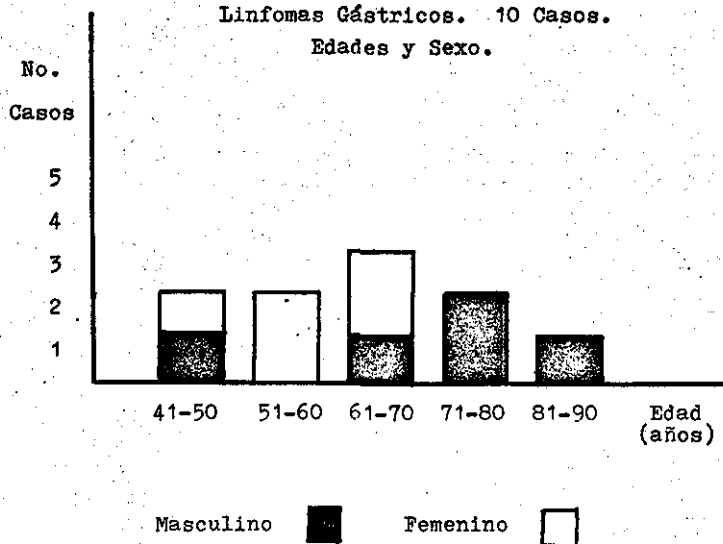
V. RESULTADOS.

Fueron 10 pacientes con datos suficientes para su revisión retrospectiva, 5 masculinos y 5 del sexo femenino (ver Cuadro 1); con edad promedio de 64.2 años (48 - 82), en quienes salvo el hecho de ser en su mayoría de estrato socio-económico bajo, nivel al cual corresponde un alto porcentaje de los pacientes de la Unidad Hospitalaria, no se encontró en sus antecedentes ningún factor común especial.

Entre los datos clínicos más frecuentemente encontrados, - destacan síntomas: dolor epigástrico pungitivo, no distinguible del presentado por aquellos pacientes con padecimientos pépticos benignos, pérdida de peso, reportando cifras - entre 5 y 20 kgs., vómitos, hematemésis, melena y pirosis, (ver Cuadro 2).

CUADRO 1

Linfomas Gástricos. 10 Casos.
Edades y Sexo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 2

Linfomas Gástricos. 10 Casos
Síntomas más frecuentes

Dolor epigástrico	8 pacientes.
Pérdida de peso	6 pacientes.
Melena	6 pacientes.
Hematemésis	4 pacientes.
Vómitos	4 pacientes.
Pirosis	4 pacientes.

De los signos más frecuentemente encontrados en la exploración física resaltamos: mal estado general (caquexia), palidez y otros datos de anemia, masa tumoral abdominal y un cuadro de abdomen agudo. (Ver Cuadro 3).

CUADRO 3

Linfomas Gástricos. 10 Casos.
Signos más frecuentes

Palidez y datos de anemia.	8 pacientes.
Mal estado general (caquexia)	7 pacientes.
Tumoración epigástrica ...	3 pacientes.
Abdomen agudo	1 paciente.

En los estudios de laboratorio, sólo destacaron una hemoglobina promedio a su ingreso, de 8.4 g. con un hematocrito promedio de 27, siendo la cifra más alta de hemoglobina encontrada de 10.7 gs.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación presentamos el resumen clínico de uno de los casos: paciente masculino de 75 años, con antecedentes de importancia: tabaquismo importante, infarto al Miocardio a los 55 años y bronquitis crónica. Padecimiento de aproximadamente 10 días previos a su ingreso, iniciado con dolor epigástrico de moderada intensidad, acompañado de hematemesis y melena, recibiendo manejo con cimetidina y agregándose posteriormente rectorragia. Por persistir el dolor acudió a nuestra Unidad, encontrándolo pálido, con regular estado general, con masa tumoral en epigastrio y con Hb de 10 gs.

Entre los estudios de gabinete efectuados, destacaron por su utilidad la Serie Esófago-Gastro-Duodenal (SEGD), no emitiéndose en ninguno de nuestros casos el diagnóstico radiológico de Linfosarcoma Gástrico. En 7 de 8 casos en los cuales conseguimos el reporte emitido por los radiólogos, se diagnosticaron como úlceras malignas y un paciente con diagnóstico de padecimiento benigno (úlceras pépticas). Las alteraciones más comúnmente encontradas fueron: úlceras de aspecto maligno, tumoraciones, ulceraciones múltiples y engrosamiento de pliegues gástricos. El sitio más frecuentemente afectado fue el entro gástrico.

Se realizó estudio endoscópico en 9 de nuestros 10 casos, obteniéndose diagnósticos endoscópicos de neoplasia gástrica en 7 de ellos y 2 considerados como padecimiento benigno. Los datos referidos en los estudios endoscópicos fueron: tumor polipoide y fungoso ulcerados, rigidez de paredes gástricas y engrosamiento de pliegues. De 5 biopsias tomadas en endoscopia, 3 fueron reportadas como Linfomas y 2 como procesos benignos. De 3 estudios citológicos realizados, 2 fueron positivos a padecimiento maligno y 1 reportado como negativo a neoplasia.

Cirugía: de 10 pacientes, se efectuaron procedimientos quirúrgicos sólo en 9 de ellos, el otro fue considerado como fuera de tratamiento médico en estudios de gabinete, por invasión importante. En los 9 pacientes a quienes se efectuó cirugía, en 2 la cirugía fue urgencia, uno por perfora-

ción tumoral y el otro por sangrado masivo, habiéndose realizado en ambos procedimientos meramente paliativos (parche de Graham y gastrostomía, además de biopsias). En los 7 casos restantes, la cirugía fue electiva, no teniendo en ningún caso el diagnóstico presuntivo de Linfoma Gástrico. La cirugía efectuada en ellos fue paliativa en 4 casos (gastroyeyuno anastomosis y biopsias), en 3 fue con intento de cura definitiva (gastrectomía de aproximadamente 80-85%, con Bilioth II, epiplón mayor, ganglios y en uno de estos casos, se agregó esplenectomía por hilio esplénico afectado).

Los hallazgos quirúrgicos fueron: en 9 laparatomías, tanto urgentes como electivas, 6 pacientes tenían invasión a órganos vecinos (hígado, páncreas, aorta, esófago, epiplón o retroperitoneo), y sólo en 3 (procedimientos curativos), se encontró neoplasia limitada al estómago y ganglios vecinos.

Se efectuó examen Trans-operatorio histológico en 7 casos, reportándose sólo 2 como Linfomas, 3 como probable Carcinoma 1 como maligno y 1 como negativo a malignidad.

Evolución: 3 pacientes murieron en el 1er. mes, al año sobrevivió el 50% y a los 3 años el 30%. (Ver Cuadro 4).

El paciente con procedimiento quirúrgico paliativo que más tiempo sobrevivió fue de 1 1/2 años.

De los estudios histopatológicos se reportaron: 5 casos de linfoma histiocítico difuso, 4 linfomas de linfocitos poco diferenciados con patrón difuso y 1 caso de linfoma mixto con patrón difuso.

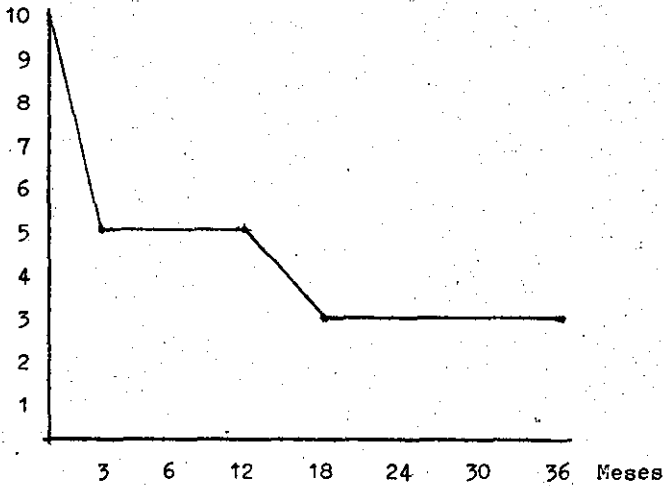
Como tratamientos agregados a la cirugía, se empleó radioterapia en 2 casos, 1 en forma paliativa y otro curativa, y en 3 pacientes se administró quimioterapia, por lo que no se pueden hacer conclusiones o sugerencias a este respecto.

CUADRO 4.

Linfomas Gástricos. 10 Casos.

Curva de sobrevivencia.

No. de Casos



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI. DISCUSION.

Frecuencia:

El Linfoma Gástrico ocupa aproximadamente el 24% de los linfomas extraganglionares (23,24). Numéricamente, los linfomas gástricos secundarios son más importantes que los primarios (12). En autopsias revisadas, se encontró el estómago involucrado en el 42% de 98 casos de Linfoma Linfocítico, en el 40% de 121 casos de sarcoma de células reticulares, en 13% de 217 casos de enfermedad de Hodgkin y en 15% de 122 casos de leucemia (12) linfocítica.

El linfoma gástrico ocupa del 70-80% de las neoplasias gástricas no epiteliales (2,26,36) y del 40-74% de los sarcomas gástricos según Taylor E.S. (7).

De todas las neoplasias gástricas, se reportan frecuencias - que van del 0.4% en Dinamarca (8), 0.9% en Finlandia (33), - siendo más frecuentes porcentajes del 2-5 (11, 12, 23, 24,26) y se dan incluso cifras tan altas como 8% por Cathcart y colaboradores (4).

Se ha visto y es ampliamente reconocida la disminución en la frecuencia del carcinoma gástrico a partir de 1930 (34), ignorando el por qué, sin alterarse la frecuencia del linfoma gástrico en los últimos 40 años.

Sexo:

Hertzer y Hoerr (26), Rosenberg y asociados (30), refieren que los linfomas gástricos en general, afectan más a pacientes del sexo masculino, en relación de 2.2:1 y de 1.7:1 en relación a las mujeres. Loehr (10) y asociados dan una - relación de 1.5:1 hombre a mujer, Freeman (24) da 57% para - hombres y 43% a mujeres, Lim y colaboradores (23) da 3:2 hombre a mujer y Mac Neer y Berg (12) dan 5:3 hombre a mujer. La mayoría de las estadísticas, están de acuerdo en señalar una frecuencia mayor en el sexo masculino, como lo muestran los datos anteriores. En estudio previo efectuado en este -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hospital (14) por el Dr. Vinuesa, se encontró 55% en hombres, habiendo encontrado en la revisión actual una relación de 1:1, cifras que concuerdan con las reportadas en literatura mundial; sólo H.J. Eyre y colaboradores (20), encuentran una relación de 4:5 en favor del sexo femenino.

Raza:

La gran mayoría de los pacientes reportados en la literatura son caucásicos, pero pocos son los reportes que toman muy en cuenta este factor. Rosenberg y colaboradores (30), reportan 21 pacientes de raza negra entre 1,269 pacientes y en nuestro medio, la inmensa mayoría corresponde a la raza mestiza.

No hay evidencia en la literatura revisada, de relación entre la raza y frecuencia de esta patología.

Edad:

Como ocurre en la mayoría de las neoplasias, éstas afectan más a pacientes seniles. Marshall y Meissner (11) reportan una edad promedio en sus casos de 61 años, Freeman y colaboradores (24) encuentran el 83% de sus pacientes, con edades mayores de 50 años y el 17% con edades entre los 20 y 49 años. J.G. Azzopardi y T. Menzies (1), son los autores que mencionan una edad promedio menor en pacientes con linfoma gástrico, siendo ésta de 48 años; la mayoría de los reportes encontrados y revisados de la literatura, mencionan cifras promedio que oscilan entre los 55 y los 62 años (2, 20, 21 y 35). El reporte del Dr. Vinuesa (14), da una edad promedio de 62.5 años; con edades mayor y menor de 82 y 48 años respectivamente, el promedio de edad en nuestra revisión fue de 64.2 años, datos que están de acuerdo con la literatura.

La edad promedio para el paciente con linfoma gástrico, es menor en relación a los pacientes con carcinoma gástrico, que tiene una cifra promedio de 65 años de acuerdo a Dupont y colaboradores (22).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Etiopatogenia:

La causa del linfoma gástrico es desconocida, pudiendo tener relación estrecha con factores sistémicos, no identificados aún, con influencia sobre las neoplasias linfóricas en general, más que a factores locales. Se conoce mayor frecuencia de linfomas sistémicos coincidiendo - con algunas enfermedades autoinmunes (26).

- **Substancias exógenas:** no hay hasta el momento relación a ninguna dieta especial, como existe para el carcinoma gástrico. Histológicamente el linfoma gástrico proviene de los plexos linfáticos de la submucosa o posiblemente de la lámina propia, ninguna de las cuales están en contacto directo con carcinógenos ingeridos en las dietas. No se ha reportado en la literatura, casos de linfoma gástrico y carcinoma coincidiendo.

- **Acidez:** Bassler y Peters (36) en el 85% de los carcinomas gástricos, encontraron la producción de ácido clorhídrico baja o nula; Madding y Walters (37), así como Burgess y Remine (2), encontraron 66% de sus pacientes con linfoma gástrico visto en la Clínica Mayo, con aclorhidria. Loher y colaboradores (10) reportan como raro al paciente con linfoma gástrico y acidez normal (1 caso en 36). Sin embargo, la mayoría de los reportes (31, 36), están de acuerdo en que existen valores normales e incluso elevados en cerca del 50%. Niveles de ácido clorhídrico, bajos o ausentes, son consistentes con un número de enfermedades, como gastritis crónica, anemia perniciosa, úlcera gástrica benigna, cáncer gástrico, por lo que la aclorhidria como factor causal de linfoma gástrico, se mantiene incierta.

- **Úlcera gástrica:** Referido por Hertzner (26), Sugarbaker y Craver sugirieron una asociación entre inflamación crónica gástrica y el desarrollo subsecuente del linfoma en los vasos regionales. No existe en la literatura, un ejemplo de transición de una úlcera gástrica benigna

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hacia linfoma gástrico, pero en contraste, ulceraciones gástricas superficiales y múltiples, pueden ser características encontradas en un linfoma gástrico avanzado(13). Takaaki Sudo y colaboradores (42), reportan 7 linfomas gástricos ocurriendo 4 de ellos en pacientes con cirugía previa por úlcera péptica benigna, de 1 a 14 años después de la intervención.

Pseudolinfoma:

También conocido como: Hiperplasia gástrica linfoide o gastritis linforeticular, puesto que histológica y clínicamente puede asemejarse mucho al linfoma gástrico. Smith y Helwing (7) en 1958, reconocieron que lesiones previamente clasificadas como linfomas, eran en realidad hiperplasias linfoides reactivas; la inflamación ulcerada crónica no ha demostrado ser prelinfomatosa, pero ocasionalmente asume clínicamente e histológicamente un comportamiento muy parecido. De acuerdo con Berry y Mathews (26), esta importante lesión, se encontraba clasificada como verdadero linfoma gástrico, y al revisarse las tasas de sobrevida, se encontraban cifras altas inesperadas. Desde entonces algunos autores han revisado sus series y reclasificado algunos - (7, 38). Sugarbaker y Craver en 1940, advierten: fibrosis y elementos granulomatosos hacen el diagnóstico de linfoma gástrico dudoso; Madding y Walters en 1940, hacen notar que la presencia de células plasmáticas, eosinófilos y linfocitos normales, sugieren lesión inflamatoria. Helwing en - - 1960 cita como criterios histológicos para un pseudolinfoma: infiltrado polimorfonuclear, presencia de centros de reacción y reacción fibroblástica. Además de estos criterios histológicos útiles, los pseudolinfomas tienen ácido normal, no metastatizan y tienen una sobrevida normal.

Antecedentes:

Como hemos comentado ya en párrafos anteriores,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

no se ha encontrado ningún factor etiopatogénico para el linfoma gástrico y sólo mencionamos los antecedentes de pacientes involucrados en la revisión actual; entre dichos antecedentes, en relación a los familiares, en un paciente la madre contaba con úlcera gástrica y entre los personales de los pacientes detectamos a un paciente que había tenido diagnóstico de anemia hipocrómica 8 años previos al diagnóstico de linfoma, sin encontrársele causa; un paciente había sido diagnosticado y manejado por úlcera duodenal 14 años antes; 2 pacientes se manejaron un año antes, con diagnóstico de úlcera sin comprobarse ésta y pudiendo ser el inicio de los síntomas del linfoma gástrico.

Sintomatología:

Entre los síntomas más frecuentemente encontrados en relación al linfoma gástrico, se refieren: dolor epigástrico, vómito, sangrado de tubo digestivo y disminución de peso; ninguno de los cuales son específicos para esta patología y pudiéndose encontrar en cualquier afección que involucre al estómago. A continuación mencionamos algunos detalles en relación a estos síntomas.

- Dolor: es frecuentemente un dolor muy semejante al de una úlcera péptica, de tipo ardoroso, de localización epigástrica, que incluso puede mejorar con la administración de alcalinos o alimentos, en otras ocasiones es punzativo de discreta a moderada intensidad y rara vez manifestado como intenso. Este síntoma se reporta en porcentajes que varían del 50-80%, de acuerdo a la literatura (2, 4, 13), y en general es aceptado como uno de los síntomas más constantes en los pacientes con linfoma gástrico; en revisión previa (14) de esta unidad, se encontró en el 65% de los casos y en nuestra revisión en el 80% de nuestros pacientes.
- Pérdida de peso: la disminución de peso parece estar en relación a la duración de otros síntomas. Sherrick

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y colaboradores (13) reportan una pérdida de peso promedio de 14 libras (6.3 kgs.), en aquellos pacientes - con síntomas de 6 meses, y de 25 libras (11.2 kgs.), - en aquellos con duración de sintomatología mayor a los 6 meses. Los porcentos señalados en los reportes oscilan aproximadamente entre el 40 y 50% de los pacientes (20, 21); en la revisión pasada (14) se encontró - en el 95% de los pacientes y en la nuestra en 60%. En revisión hecha por el Dr. Vinuesa, la pérdida de peso osciló de 3 a 10 kgs., y 4 pacientes tuvieron disminución de 20 a 30 kgs.

Snoody (39) dice que la disminución de peso de 25-50 - libras (11.2-22.5 kgs.) no es rara, pero puede no resultar en la apariencia caquéctica como la del paciente con carcinoma gástrico. Rafsky y Krieger (26) previenen de la mejoría clínica con tratamiento médico para úlcera, pero con pérdida continua de peso a pesar - de ello.

- Náusea y Vómito: este síntoma en general es encontrado con menos frecuencia, pues el linfoma gástrico no - tiende a constreñir la luz gástrica como lo hace el -- carcinoma, ni tampoco interfiere con la peristalsis de este órgano. La obstrucción pilórica es poco reportada en la literatura, la náusea y vómito se mencionan - en aproximadamente el 30% de los pacientes; en revisión pasada (14), se encontró en 65% de los casos y en la - actual en el 40% de nuestros pacientes.

“ Sangrado de Tubo Digestivo: (Hematemesis o melena). El linfoma generalmente no se úlceras, hasta que alcanza un tamaño que produce isquemia y necrosis de la mucosa suprayacente. Jensen (8) observó este síntoma como inicial en el 20% de los casos, y en las revisiones de los pacientes de nuestra Unidad lo detectamos en el 60-70% manifestado como melena y del 40-55% como hematemesis.

El sangrado pocas veces es masivo; de ahí la mayor fre

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuencia de melena. En nuestros casos, uno de los pacientes requirió de cirugía urgente por sangrado masivo, considerándose de cualquier manera como raro.

Otros síntomas: Aunque menos frecuentes, se mencionan la astenia, adinamia, hiporexia, pirosis, en porcentajes variables en la literatura mundial.

Masa tumoral: referida como síntoma por los pacientes en cifras de 20% (16,20), en nuestros casos sólo un paciente lo reportó.

Cabe recalcar que los síntomas son los mismos que pueden presentarse en cualquier paciente con patología gástrica, bien sea una úlcera gástrica benigna o un carcinoma gástrico. Desgraciadamente en todas las latitudes, en numerosos reportes y en dos casos de los nuestros, los pacientes fueron manejados inicialmente como úlceras gástricas benignas, retardando con ello el diagnóstico definitivo y obviamente el tratamiento; esto dio como resultado, un pronóstico más sombrío que en el caso de haberse manejado con el diagnóstico preciso desde su inicio. Con respecto a lo anterior, Bassler y Peters (36) describen una duración promedio de 30 meses desde el inicio de los síntomas, hasta llegar a efectuarse el diagnóstico; mientras tanto, en relación al carcinoma gástrico este intervalo fue de sólo 8 a 12 meses. Muchos autores están de acuerdo en lo anteriormente señalado (2, 13) e incluso algunos (39) reportan historias de hasta 20 años.

En nuestra casuística, un caso se presentó como urgencia quirúrgica, con diagnóstico de úlcera péptica perforada; este paciente tenía 7 meses de síntomas previos que sugerían patología gástrica. La perforación parece ser una complicación más frecuente en el linfoma que en el carcinoma gástrico (8), y esto puede ser explicado por la poca fibrosis que acompaña a los tumores linfoides. Friedman (26) observó un 14% de perforaciones en sus pacientes con linfoma gástrico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es por último pertinente recordar, que el paciente con linfoma gástrico puede encontrarse en sorprendente buen estado general, a pesar de largo tiempo de sintomatología, pérdida importante de peso y una masa de considerable tamaño en abdomen.

Signos:

Masa tumoral: referido por el paciente como síntoma raro; sin embargo, a la exploración física de un paciente, lógicamente el por ciento se incrementa; Culver y asociados (40) mencionan una frecuencia tan alta como un 50%, pero más frecuentemente se dan porcentos vecinos al 20%. En tesis previa (14) se encontró a la exploración, masa tumoral localizada a epigastrio en 7 de 20 pacientes y en nuestra revisión en 3 de los 10 pacientes. Cabe hacer mención, que a semejanza del carcinoma, una masa palpable no necesariamente implica el que sea una neoplasia incurable y no contraindica una laparatomía exploradora.

Se sabe, pero poco se reporta el estado de caquexia de estos pacientes, y como hemos comentado, un paciente puede presentarse con sorprendente buen estado general, a pesar de una importante extensión tumoral. En nuestra revisión encontramos 7 de 10 pacientes en estado de caquexia importante, haciendo notar que el estrato socioeconómico, así como la cultura de la población atendida en nuestro medio, hacen que nuestros pacientes acudan cuando la extensión neoplásica es muy importante.

A la exploración de nuestros pacientes, se encontraron datos clínicos de anemia en 8 de 10 casos; Burgess y Asociados (2) y Salmela (33) reportan anemia en la mayoría de sus pacientes; otros autores (9) opinan que este dato es poco frecuente en ausencia de hemorragia digestiva franca. Es posible encontrar sangre oculta en heces en aproximadamente la mitad de los pacientes, por medio de la prueba de guayaco (8).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Laboratorio:

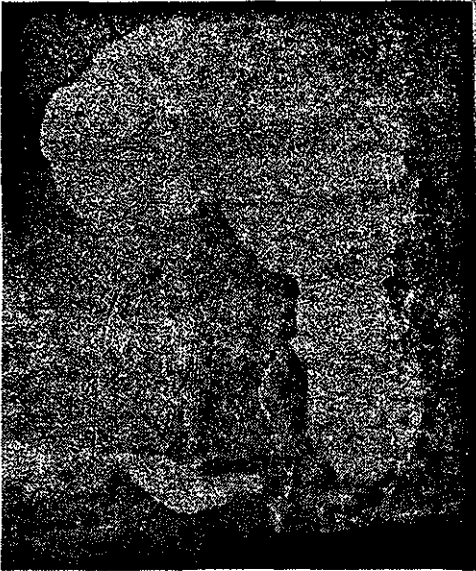
Las anomalías hematológicas o químicas son poco frecuentes. En nuestros casos sólo contamos con 5 reportes de hemoglobina al tiempo del ingreso, dando un promedio de 8.4 gr. y un hematocrito promedio de 27.2. No contamos con cifras de proteínas en la mayoría de nuestros pacientes, suponiéndolas bajas, y en la literatura no encontramos mayores datos con respecto a ello. Como se especificó en la definición del linfoma gástrico, deberá contarse con una fórmula blanca normal.

Radiología:

A lo largo de los años, la serie esófago-gastro-duodenal, ha probado ser el examen más adecuado y confiable para la detección de una lesión o patología gástrica, aún a pesar de que el diagnóstico específico del linfoma nunca se hace con este medio.

Las características radiológicas del linfoma gástrico, se han ido estableciendo por correlaciones retrospectivas (41, 42), después de que se ha tenido por endoscopia o cirugía el diagnóstico correcto. A pesar de esto, no existen datos específicos para el diagnóstico radiológico del linfoma gástrico, pero sí hay algunos datos sugestivos y orientadores para esta patología. D.W. Sherrick y colaboradores (13) en revisión de 75 pacientes con linfoma gástrico, encontraron los siguientes datos: tumor ulcerado en el 42%, tumor polipode en el 47%, ulceraciones múltiples en el 92% y un tumor difuso engrosado y ulcerado en el 11%, siendo el 70% de esos tumores mayor de 10 cm. La peristalsis en la fluoroscopia, puede observarse a pesar de encontrar un tumor grande e infiltrante (16). Guest (26) apunta que las lesiones antrales que cruzan el píloro hacia el duodeno, son sugestivas del linfoma. Jenkinson y Asociados mencionados por Hertzner y Hoerr (26), refieren que un patrón rugoso y distorcionado es el signo radiológico más útil. Bartlett y Adams (43) dicen que los pliegues gástricos gigantes del linfoma, son indistinguibles de aquéllos encontrados en la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



SEGD. Estomago.-
se observan alteraciones en mucosa y pliegues de cuerpo y antro.

SEGD Estómago.
Pliegues gástricos aumentados de tamaño en antro y cuerpo.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

gastritis hipertrófica benigna. Jensen (8) encuentra que el linfoma fue confundido con carcinoma en el 68% de los casos, por úlcera péptica benigna en el 9% y correctamente sospechada como linfoma en el 12%. Otros autores llegan sólo a un 5% de diagnóstico correcto (5).

Con la SEGD, se alcanzan porcentajes del 80 al 90% (16, 26), en llegar al diagnóstico de neoplasia gástrica inespecífica, lo cual es un porcentaje alto y ayuda mucho al manejo subsiguiente. En revisión previa (14), los datos radiológicos más frecuentes fueron: irregularidad y engrosamiento de los pliegues gástricos, úlcera con caracteres malignos, rigidez gástrica, tumoración polipoide y sólo en tres casos estenosis. De 9 diagnósticos radiológicos emitidos, 3 de ellos fueron de linfoma, 3 carcinomas, 2 neoplasia gástrica inespecífica y 1 leiomioma. En nuestra revisión nunca hubo un diagnóstico radiológico de linfoma, en 7 de 8 casos se diagnosticó úlcera maligna y la mayoría estuvieron localizadas en el antro gástrico.

De acuerdo a varios reportes (3, 18 y 26), los siguientes son los datos más sugestivos del linfoma gástrico: úlcera grande superficial localizada en pared posterior o curvatura menor, pliegues gástricos gigantes cercanos a una masa polipoide o úlcera, pared gástrica gruesa con pérdida de elasticidad, tumoración grande con mucosa íntegra y con poca pérdida de capacidad gástrica volumétrica y finalmente ulceraciones múltiples.

Otros estudios radiológicos, tales como arteriografía y urografías, son de poca utilidad y deberán utilizarse cuando el caso en particular lo amerite.

Gammagrafía:

La literatura mundial respecto a estos estudios de medicina nuclear (21), menciona su poca utilidad para el linfoma gástrico en forma rutinaria. En 5 gammagramas hepato-esplénicos revisados de nuestros casos, no se encontraron alteraciones en ninguno de ellos, sucediendo lo mismo en 3 - linfografías realizadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Médula Osea:

Las biopsias de médula ósea en los casos del linfoma gástrico reportadas en la literatura (21, 24), son generalmente negativas y no están indicadas en forma rutinaria.

Endoscopia:

La endoscopia realizada en tubo digestivo ha venido jugando un importantísimo papel en el diagnóstico de diferentes patologías, así como en el tratamiento de muchas de ellas. La aparición y uso de fibroscopios modernos, ha incrementado la posibilidad de biopsiar en forma más adecuada, elevando así el porcentaje de diagnósticos correctos.

En relación a la patología de nuestro tema, se reconoce a Rudolf Schindler en 1937 (8), como el primero en haber descrito endoscópicamente un linfosarcoma gástrico. Este autor junto con Letendre, reportó 91 casos de neoplasias gástricas, prediciendo que con el tiempo, la endoscopia sería un valuarte de gran importancia para la realización de diagnósticos. Actualmente con este recurso, puede llevarse a un paciente con linfoma gástrico, a radioterapia sin requerir de cirugía cuando esté indicado. Palmer en 1950 (6), dice que no puede diferenciarse endoscópicamente en base a la apariencia, entre un linfoma y un carcinoma.

Existen algunos criterios endoscópicos, para el diagnóstico del linfoma gástrico y éstos incluyen: edema e hipertrofia de los pliegues gástricos, irregularidades en la submucosa observada como empedrado de la mucosa, excrescencias múltiples y ulceraciones cuando el tumor es grande. En la revisión pasada de este hospital (14), se efectuó endoscopia en 15 de los 20 casos, y en 13 de ellos la opinión fue de neoplasia gástrica y en dos de proceso benigno (úlceras y gastritis); 13 de las lesiones estaban ulceradas y 4 de ellas tenían sangrado activo. Las úlceras eran menores de 1 cm. en 4 pacientes, entre 1 y 2 cm. en 4 pacientes y mayores de 2 cm. en 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En nuestra revisión encontramos que de 8 pacientes en que se encontraba especificado el sitio de la lesión, 6 eran de antro gástrico, 1 del fondo gástrico y un paciente tenía invasión total del estómago. Los datos endoscópicos encontrados fueron: tumoración polipoide en 6 de 9 casos, rigidez de las paredes gástricas en 5 de 9, mamelones y pliegues hipertroficados en 4, erosiones múltiples en 2; se llegó al diagnóstico endoscópico de úlcera gástrica maligna en 5 de los 9 pacientes (77.7%), y de úlcera gástrica en dos pacientes. Con los datos anteriores, podemos concluir que la endoscopia cuenta con un porcentaje elevado, para la sospecha de neoplasia y que aunada a la biopsia y citología gástricas, lo hacen alcanzar mayores porcentajes.

Biopsias de Endoscopia:

En la revisión de la literatura mundial, encontramos pocos comentarios al respecto; M.H. Shiu y colaboradores (21), reportan que la endoscopia y la biopsia fueron positivas en el diagnóstico del linfoma gástrico en 6 de 8 casos. En tesis previa (14), de 10 casos con biopsia, existen 3 casos en los que el tejido se consideró no representativo; en 7 casos (66%) el tejido fue positivo, pero no se comenta si para un diagnóstico específico del linfoma o solamente positivo para neoplasia.

En nuestra revisión, de 5 casos con adecuado seguimiento, en donde se efectuó biopsia, en sólo 2 se realizó el diagnóstico histológico seguro del linfoma (reticulosarcoma y linfoma linfocítico) en otro caso se dio como tejido neoplásico de probable extirpe epitelial o linfoide, otro fue reportado como compatible con lecho de úlcera benigna y otro más como gastritis crónica. Con estos datos de sólo unos cuantos pacientes, no podemos hacer o intentar sacar conclusiones, tomando en cuenta que para mejorar estos porcentajes, hay que valorar calidad de equipo endoscópico, endoscopista y patólogo que realicen los estudios, así como infiltración y extensión de la neoplasia al tiempo de estos estudios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



SEGÚ Estómago.
Defecto de llenado en cuerpo, con pliegues vecinos hipertróficos.

Superficie serosa gástrica con nódulo tumoral blanquecino que afecta todas las capas.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Citología por Endoscopia:

La experiencia en el reconocimiento del linfoma con el uso de la citología gástrica, es limitada, por el hecho de ser una patología muy poco frecuente, por la tendencia que tiene el linfoma a mantenerse dentro de la submucosa y de sólo ulcerar la mucosa hasta que el tumor causa isquemia. Rubin y Massey (44) enfatizan la importancia de una meticulosa técnica en la realización de los lavados gástricos, lavando previamente el estómago y agregando quimotripsina. El elemento más crítico, es probablemente el contar con un patólogo lo más experimentado posible. Connors y Wise (16) refieren muchas falsas negativas, Loehr (10) y colaboradores citan 7 pacientes de 30, con citología positiva en casos de linfoma gástrico. En la revisión anterior (14), la citología exfoliativa fue positiva para malignidad en 4 de 7 pacientes y en la revisión actual, en 3 casos bien seguidos, uno fue reportado como clase IV, otro como compatible a malignidad y otro último como inflamatorio.

Anatomo-patológicos:

Macroscópicos: el linfoma puede aparecer en cualquier parte del estómago, aunque estadísticamente es más común en la pared posterior y en la curvatura menor del cuerpo y antro gástricos (9, 13). Shiu y colaboradores (21) encontraron en 51 pacientes, 17 casos en el tercio distal gástrico, 8 en el tercio medio, 7 en el proximal y 3 involucrado masivamente el órgano, con un tamaño promedio de un tumor de 10 cm. (1-25 cm.). McNeer (12) reporta mayor frecuencia en el tercio medio, más en las caras que en las curvas y la mayoría de más de 8 cm.; tumores macroscópicos múltiples en 5 de 36 pacientes y ulceraciones pequeñas prácticamente en todos. F.E. Lim y colaboradores (23) lo reportan como más frecuente en antro, píloro, curvatura menor y con tamaño variando de .3 a 15 cm. Hertzner y Hoerr (26) mencionan que el linfoma gástrico, puede asumir una o varias formas: masa circunscrita exofítica, sesil o pedunculada, -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

infiltración difusa similar a la linitis plástica del carcinoma, pliegues hipertróficos y ulceraciones superficiales, - pudiendo encontrar cualquiera de estas características asociadas. Snoddy (39) encontró úlceras en el 40%. Las estadísticas mundiales están en general de acuerdo en que el tumor es de gran tamaño al ser diagnosticado y que más del 50% son mayores de 10 cm. (9, 13).

Taylor, mencionado por Hertzner y Hoerr, (26), refiere que la región prepilórica es con frecuencia afectada, pero encontró como rareza cuadros de obstrucción pilórica (6 de 74 casos). En acuerdo a las cifras de la literatura, la revisión pasada de nuestra unidad (14), la mayoría de las lesiones encontradas estaban localizadas en el antro(50%), con extensión al - duodeno en 2 pacientes y en un caso a esófago; con más frecuencia de aspecto fungante, con prominencia hacia la luz - gástrica, con un tamaño promedio de 10.3 cm. (1-30 cm.) y to dos con ulceraciones.

Clasificaciones microscópicas:

El linfoma, en contraste con - el carcinoma gástrico, es frecuentemente multicéntrico (1,9) Allen y asociados encontraron focos adicionales gástricos en un 25% de sus pacientes. Mc Neer (12) detectó en el 58% de aquellos linfomas resecables, focos múltiples.

Fisher y Hoerr (46) han demostrado que el pronóstico del carcinoma gástrico, está relacionado en parte al tipo celular. Conclusiones similares existen en relación al linfoma gástri co, siendo muy controvertidas por la gran diferencia que existe entre los patólogos en relación a la clasificación histológica de los linfomas. Se han sugerido por varios autores, diferentes clasificaciones, pero hasta la fecha actual no - existe una clasificación universalmente aceptada. Sin embargo, dos tipos de linfoma son aceptados por la mayoría de los patólogos: el primer tipo, linfoma folicular o linfosarcoma gigante folicular, que usualmente tiene un curso favorable, pero puede transformarse en una forma más agresiva (30). El segundo tipo, enfermedad de Hodgkin, que ha sido clasificada de acuerdo a la relativa dominancia de un tipo celular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los resultados de la mayoría de los estudios, apoyan que la gran parte de los linfomas gastrointestinales, pertenecen a linfomas linfocíticos o a sarcomas de células reticulares; pero la nomenclatura, aún para estos grupos difiere tan ampliamente, que las comparaciones de las subclasificaciones son poco útiles por sus divergencias. Hay considerable evidencia de que tanto el linfoma linfocítico como el sarcoma de células reticulares, se originan de un precursor común y pueden transformarse en neoplasia en cualquier estadio de su diferenciación. Como resultado, hay un espectro morfológico ilimitado y grandes problemas para su interpretación uniforme.

Entre los múltiples intentos para estandarizar la nomenclatura de los linfomas, Sugar Baker y Craver (12) incluyeron todas las formas del linfoma linfocítico y sarcoma de células reticulares, en el término de linfosarcoma. Otros están convencidos de que un concepto unitario como el anterior, ignora las diferencias pronósticas en relación al grado de maduración. Gall y Mallory, referidos por Hertzler y Hoerr (26), recomiendan una clasificación basada en relación a lo que ellos consideran ser patrones distintos del linfoma folicular, enfermedad de Hodgkin consistente en linfoma y sarcoma y los tipos diferenciados e indiferenciados del linfoma linfocítico y sarcoma de células reticulares. Sistemas como los de estos autores, son aún usados en muchas clínicas, aunque dependen mucho de la interpretación personal del patólogo. Rosenberg y asociados (30) definen al linfosarcoma, como constituido sólo por pequeños linfocitos bien diferenciados; como sarcoma de células reticulares todas las otras formas cuya célula predominante es la célula reticular madura o cualquiera de los indiferenciados intermedios.

Hertzler y Hoerr (26) refieren que Lane y colaboradores recomiendan el término sencillo de linfoma maligno, para indicar el comportamiento clínico similar de todos los tumores de origen linfocítico, hasta que se resuelva la controversia en las clasificaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mc Neer (12) refiere que muchos linfomas son clasificados - como Hodgkin, por la presencia de eosinófilos, mencionando que esto es característico del estómago y no del tumor. Muchos otros autores clasifican a los linfomas de células maduras como linfocíticos, y a los de células inmaduras como como linfomas de células reticulares, pero los intermedios, Mc Neer clasifica algunos como linfoblásticos (anaplásicos) y finalmente meten a todos los que no entran en linfocíticos, en los de células reticulares.

Rosenberg (19) en su reporte, compara en un esquema las -- principales clasificaciones usadas:

Linfomas no Hodgkin o Linfocíticos (Pronóstico Favorable)

- Nodular, linfocitos bien o poco diferenciados (Rappaport)
- Nodular, mixto linfocítico e histiocítico (Rap.).
- Difuso, linfocítico bien diferenciado con o sin datos plasmacíticos (Rap.)
- Difuso, linfocítico pobremente diferenciado (Rap.)
- Linfocitos pequeños (Lukes-Collins, Kiel)
- Célula central, folicular (Lukes-Collins)
- Centrocítico-centroblástico (Kiel)
- Centrocítico (Kiel)
- Folicular y difuso, tipos celulares pequeños incluyendo los intermedios y atípicos (Dorfman, - - Bennett)

Linfomas no Hodgkin Histiocíticos (Pronóstico Desfavorable)

- Histiocítico Nodular (Rappaport)
- Difuso, linfocítico e histiocítico mixto (Rap.)
- Histiocítico difuso (Rap.)
- Indiferenciado difuso (Burkitt, Rap.)
- Células centro-folicular, grandes huecos (Lukes-C.)
- Sarcoma inmunoblástico (B y T, Lukes-Collins)
- Tipos celulares largos y difusos (Dorfman-Bennett)
- Centroblástico e inmunoblástico (Kiel)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Saul A. Rosenberg 1979, (19), pone la clasificación de Rappaport de 1956 como la más útil, y ésta se basa en el patrón o arquitectura de los nódulos linfáticos anormales y -citología de células malignas. Designa a las células grandes como histiocitos y a las pequeñas como linfocitos. La mayoría de los expertos creen que los nódulos de las células tumorales se originan de folículos y deben llamarse foliculares.

Clasificación de Rappaport:

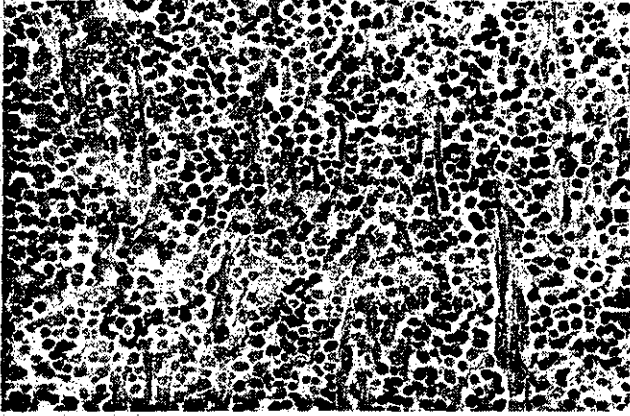
Linfomas Malignos.

Difuso-Nodular (Folicular)

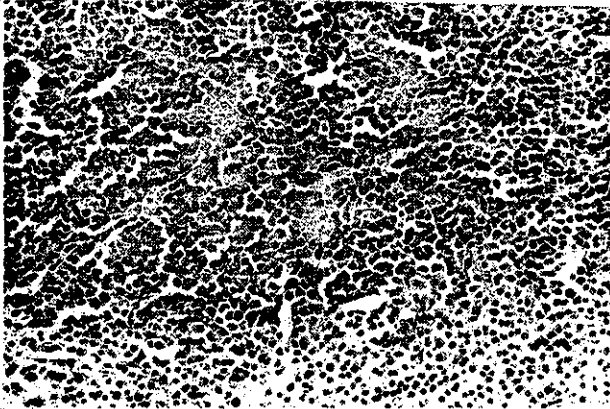
1. Linfocítico bien diferenciado.
2. Linfocítico poco diferenciado.
3. Mixto (linfocítico y células reticulares).
4. Células reticulares.
5. Hodgkin.

D.A. Fillipa (15) dice que el 80% de los linfomas en general, predominan las células B monoclonales; la mayoría de los linfomas no Hodgkin derivan de los linfocitos B. En base a lo anterior, lógicamente no se puede comentar de una frecuencia mayor de cierto tipo histológico y que esto sea universalmente aceptado. Lim (23) clasifica de acuerdo a Rappaport y encuentra los siguientes porcentajes: histiocítico difuso 46%, linfocítico bien diferenciado 24%, mixto -10%, Hodgkin 6% y no clasificable el 4%, con el 10% para el linfocítico poco diferenciado. Hoerr (17) tiene cifras similares. Shiu (21) da para el histiocítico difuso 51%, linfocítico bien diferenciado 22%. En el trabajo del Dr. Vinuesa (14), se encontraron 55% (11 de 20 pacientes) de linfoma linfocítico poco diferenciado, 9 con patrón difuso y 2 con patrón nodular, 30% de linfomas histiocíticos difusos, 15% de linfomas mixtos. En la revisión actual, de 10 pacientes, 5 fueron linfomas histiocíticos, 4 linfomas de linfocitos poco diferenciados y 1 caso de linfoma mixto, todos con patrón difuso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Microfotografía que muestra linfocitos neoplásicos grandes y pequeños infiltrando la capa muscular. H.E.



Microfotografía que muestra células de linfoma linfocítico con diferenciación plasmocitoide en áreas extensas. H.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Extensión y Estadío:

La diseminación del linfoma gástrico es muy semejante a la del carcinoma gástrico, ambos han metastatizado a linfáticos regionales al tiempo de la cirugía en aproximadamente el 50%, de acuerdo a Hertzner y Hoerr (26), Mc Neer (12) comenta que existe una gran tendencia por un crecimiento lateral, al parecer como resultado de dos factores: la extensión es más por infiltración de los espacios entre las células y fibras, que por destrucción de estos elementos; las capas musculares, especialmente la capa externa, son barreras adecuadas para la diseminación.

Ellis y Lannigan (6) atribuyen los pliegues aumentados de tamaño, al edema causado por permeación linfática más que a la infiltración linfomatosa de los mismos. De acuerdo a comentarios anteriores, se refiere que existe una tendencia del linfoma, para mantenerse en la submucosa y estimular un mínimo de fibrosis. Eyre (20) hace notar la poca importancia que se ha dado en los reportes de la literatura a la clasificación de estadíos clínicos, un 15% en su revisión, y en su artículo propone para una adecuada clasificación clínica o estadío, los siguientes parámetros:

- Descripción detallada del tumor primario, su origen aparente, el tamaño y la extensión.
- Biopsia del tumor primario.
- Colocar clips, en las márgenes de un tumor irreseccable quirúrgicamente.
- Biopsias de los ganglios afectados macroscópicamente.
- Biopsias de todos los ganglios regionales.
- Biopsias de los grupos ganglionares abdominales distantes (aórticos, mesentéricos, hipogástricos, etc)
- Biopsia y descripción macroscópica del hígado.
- Esplenectomía de ser posible.
- Biopsia de médula ósea.

A esto cabe recordar los porcentajes reportados de positividad en las biopsias de otros artículos (21); poco frecuente

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

en hígado o médula ósea, como en nuestros casos, por lo que creemos que estos parámetros realmente ofrecen un valor limitado, ante el riesgo que implica una esplenectomía.

Crile y asociados (5), han demostrado que la valoración de invasión ganglionar basada en la apariencia macroscópica, y la palpación, son frecuentemente erróneas, dado que es frecuente la hiperplasia reactiva. Incluso Kay (38) previene sobre la dificultad en el examen histológico en fresco, de distinguir entre la hiperplasia nodal y el linfoma.

Burgess y colaboradores (13) reportan frecuencias del 50% de ganglios metastásicos positivos vecinos al tumor en las laparatomías efectuadas. Mc Neer (12) encuentra el 83% de ganglios involucrados, siendo mayor este porcentaje en sarcomas de células reticulares.

Lim y colaboradores (23), usando la clasificación clínica - TNM (tumor-ganglios-metástasis), en 50 casos de linfoma gástrico, encuentran a 11 pacientes en estadio I, 19 en estadio II y 18 en estadio III, detectando 54% con ganglios perigástricos afectados, y como poco frecuentes la metástasis a hígado o bazo.

En la tesis del Dr. Vinuesa (14) en este hospital, en el 35% de los casos el linfoma infiltraba estructuras del retroperitoneo, y en 3 de estos casos el hígado; 2 pacientes tenían invasión extraabdominal y sólo en 5 de 20 pacientes el tumor estaba confinado al estómago. En nuestra revisión que comprende algunos casos de la tesis anterior, de 10 casos bien seguidos, en 9 en los que se efectuó cirugía, los ganglios perigástricos fueron negativos en sólo 2, 3 pacientes tenían estructuras vecinas invadidas (mesocolon y epipión), y 2 pacientes tenían extensión tumoral mayor invadiendo páncreas, bazo, suprarrenales, hemidiafragmas, y un caso con afección sistémica (cerebro, tiroides, paratiroides y abdomen).

Con respecto a estos datos, mostramos que nuestros pacientes, por su baja cultura y estrato socioeconómico, acuden en estadios muy avanzados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tratamiento:

Obviamente todo tratamiento debe individualizarse y aplicarse al estadio clínico de cada paciente en particular.

Mc Neer (12) y Berg, afirman que la extensión o invasión secundaria al estómago en caso de linfoma sistémico, rara vez es una indicación quirúrgica por su pésimo pronóstico, ya que no es curable por ningún medio en esos estadios; deberá realizarse cirugía sólo en caso de algunas complicaciones, como perforación, obstrucción o sangrado masivo y como último recurso.

En el caso del linfoma gástrico primario, hay opiniones muy diferentes al respecto del tratamiento más adecuado. Burgess y asociados (2), recomiendan irradiación sin resección en los casos con metástasis a hígado probadas por biopsia. Otros autores resecan estómago para retirar masa tumoral y hacer una radioterapia más eficaz (3). Welborn y asociados (47), tienden a realizar gastrectomía previa a radioterapia de metástasis abdominales, pero la restringen a aquellos casos con tipos celulares bien diferenciados y radiosensibles todo esto en estadios avanzados.

Aunque se conoce y acepta en general, que una tumoración palpable, invasión a nódulos linfáticos y lesiones gástricas múltiples tienen un pronóstico sombrío, ninguna de estas circunstancias por sí mismas excluyen absolutamente la resección. Remine (48) comenta que el linfoma tiende a mantenerse en la submucosa y estimula poca fibrosis, lo cual permite realizar resección de lesiones que por su tamaño y posición pueden parecer irresecables. Lim y colaboradores (23), encontraron un 88% de resecabilidad quirúrgica.

En general, se está de acuerdo en que sólo en aquellos casos con metástasis distantes, la lesión es quirúrgicamente incurable y deberá ofrecerse como alternativa la radioterapia (9).

Cuando el linfoma está limitado al estómago, el tratamiento preferido y más aceptado por la mayoría (2, 8, 9), es una -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

resección gástrica subtotal con criterios oncológicos, tales como la extirpación del epiplón, los nódulos linfáticos regionales y un margen amplio de estómago mácriscópicamente no afectado. Inmediatamente debe realizarse una revisión -histológica en fresco (trans-operatorio); de las líneas de sección quirúrgica, para que en los casos con afección de los mismos, se efectúe una resección mayor, sobre todo en el caso de los linfomas por el hecho de ser frecuentemente multicéntricos y de invadir microscópicamente por la submucosa.

Algunos autores recomiendan la esófago-gastrectomía y la resección del duodeno proximal, en aquellos tumores situados cerca del cardias o con extensión a través del píloro (13). En algunas series (2, 9, 11) se efectuó gastrectomía total, en los linfomas de gran tamaño o con tumoraciones múltiples. Sin embargo, este procedimiento no ha sido bien aceptado por los problemas técnicos y las complicaciones subsecuentes inherentes al procedimiento. A este respecto Root y asociados (49) sugieren la biopsia diagnóstica e irradiación posterior al acto quirúrgico, a cambio de una cirugía curativa pero llena de complicaciones técnicas y secuelas posteriores. Nicoloff y colaboradores (31) realizan cirugía conservadora y administran radioterapia en dichos casos. En el campo del tratamiento del linfoma gástrico, hay mucho todavía por estandarizar, y a semejanza de otras neoplasias, Cathcart y sus colaboradores (4) ponen como posibilidad factible la regresión espontánea de las metástasis en ganglios linfáticos, posterior a la extirpación del tumor primario. Hasta la fecha no se ha encontrado adecuado realizar linfoadenectomías amplias, y cuando se encuentra en una resección gástrica convencional, positividad en los ganglios regionales, se aconseja administrar radioterapia subsecuente (26). Connors y Wise (16) encontraron en su serie, una tasa de resecabilidad del 57%, de un 89% de pacientes que se exploraron quirúrgicamente, subdividiéndola en 46% para pacientes con linfosarcoma y de 58% para el sarcoma de células reticu

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lares. Hoerr (17), realizó resección curativa en 16 de 39 pacientes en su serie y cirugía paliativa en 9 de ellos. Los aspectos quirúrgicos en el manejo del linfoma gástrico, están sujetos a modificaciones, de acuerdo a todas las dudas existentes hasta la fecha y se comentará algo más en relación al pronóstico.

En la tesis del Dr. Vinuesa (14), en 18 de sus 20 casos revisados, se efectuaron procedimientos quirúrgicos en 11 de los casos; laparatomía exploradora con toma de biopsia tumoral o de metastasis encontradas, realizándose en 3 de esos pacientes Gastro-entero anastomosis paliativas, en 3 casos gastrostomías, en otros 6 pacientes se efectuaron gastrectomías subtotales del 80 al 85%, y en un solo paciente gastrectomía total, agregando en dos de los pacientes con resecciones gástricas, una pancreatectomía distal y una esplenectomía.

En la revisión actual de 10 casos bien seguidos, se efectuaron procedimientos quirúrgicos en 9 de ellos, uno de los cuales fue en forma urgente por perforación tumoral, realizando parche de epiplón y biopsia del tumor; en otra cirugía urgente que se efectuó por sangrado masivo, se practicó biopsia y gastrostomía, y de los 7 pacientes con cirugía electiva, en 2 casos se practicó biopsia de tumoración, en otros 2 pacientes gastroenteroanastomosis paliativa y sólo en 3 de los pacientes se efectuaron resecciones con intento de cura, siendo en todos gastrectomías subtotales de un 80-85% agregando esplenectomía en 1 caso.

Radioterapia:

En general, existe un acuerdo (26) con la mayoría de los cirujanos, en que la resección ofrece la mejor oportunidad para la curación de esta patología, tanto en el carcinoma como en linfoma gástricos, aún cuando haya necesidad de resecar todo estómago o resecar otros órganos afectados por la tumoración.

A este respecto, en párrafos previos se comentaron otros -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

puntos de vista, por lo que no insistiremos en esta discusión.

La irradiación como terapia única en lesiones favorables - aún no se ha demostrado, con una calidad semejante a la cirugía, como terapia curativa de acuerdo a Burnett y Herbert (3).

Con respecto a la radioterapia post-quirúrgica, Hertzner y Hoerr (26) mencionan a Taylor E., quien clamaba por la gastrectomía subtotal radical, aunada a radioterapia posterior para la mayoría de los pacientes, y quien estaba impresionado con el grado de paliación, y ocasionalmente con los largos períodos de sobrevida logrados en casos aparentemente terminales. Cathcart y colaboradores (4) dicen que no existe diferencia en aquellos pacientes con radioterapia post-quirúrgica o solamente con cirugía. El papel de la radioterapia es aún una incógnita y tiene un dudoso valor, con resección incompleta o con ganglios positivos; pero probablemente no está indicada cuando la resección quirúrgica es adecuada y cuando los ganglios son negativos, de acuerdo al comentario de Connors y Wise (16). Allen y asociados (45) recomiendan la irradiación, sólo cuando existe invasión microscópica en los bordes de sección quirúrgica, o con ganglios regionales afectados. Cathcart y asociados (4) sólo la usan con evidencia clínica de linfoma residual. Guest - de acuerdo a Hertzner y Hoerr (26) apoya la radioterapia post-quirúrgica en base a una menor recurrencia tumoral post-quirúrgica de acuerdo a sus casos; igual opinan Bush y Ash (18). Oschner (35) en base a que algunos linfomas son multicéntricos, refiere como adecuada la radioterapia post-quirúrgica, en forma rutinaria, aún cuando la cirugía efectuada aparentemente haya sido adecuada, apoyándolo en esto Burnett y Herbert (3). Las cifras estadísticas favorables para el uso de radioterapia serán encontradas en la sección de sobrevida. Solo nos falta mencionar que las dosis más comúnmente aceptadas para esta patología varían: Burnett y Herbert (3) administran de 3,000 a 3,500 Rads en 40 días; Joseph y Lattes (9) de 2,000 a 4,000 Rads; Connors y Wise (16), 3,260 Rads y Bush y Ash (18) de 2,500 Rads, en 4 a 6 semanas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Quimioterapia:

En la literatura revisada, sobre esta medida terapéutica poco se comenta y casi siempre con muy dudosa utilidad en el manejo de esta patología, no existiendo ninguna conclusión práctica en los pacientes adultos. Respecto al aspecto pediátrico, de acuerdo a Holder and Ashcraft (29), en los niños después de realizada la cirugía, entre más temprano se administra la quimioterapia, menores son sus complicaciones y mejor el pronóstico. Esta quimioterapia consiste en el protocolo llamado LSA 2-L2, que consiste en 3 fases: inducción, consolidación y mantenimiento.

La fase de inducción lleva como fin reducir la masa tumoral administrándose: ciclofosfamida, prednisona, vincristina, metotrexate y daunomisina.

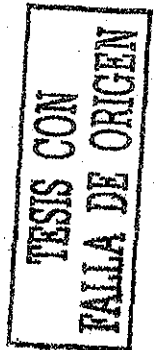
La fase de consolidación combina los siguientes medicamentos: arabinosido de citosina, tigu-nidina y L-asparginasa.

La fase de mantenimiento combina : tiguandina, ciclofosfamida, hidroxiurea, daunomisina, BCNU, arabinosido de citosina, vincristina y metotrexate continuada durante 2 ó 3 años.

Los resultados preliminares de este protocolo de tratamiento son satisfactorios; en el primer grupo de 75 niños tratados, el 76% se encuentran vivos en remisión, 2 o más años; 27 niños se encuentran sin tratamiento y se mantienen bien; 9 murieron de complicaciones del tratamiento y 13 niños tuvieron recidiva. Todos los tipos histológicos y localizaciones del linfoma no Hodgkin, respondieron igualmente bien a este tratamiento, entre más rápida y completa la respuesta a la inducción fue mejor el pronóstico.

Mortalidad, Sobrevida y Pronóstico:

S.O. Hoerr (17) reporta en su serie una mortalidad hospitalaria del 14%. Coehr y colaboradores (10) mencionan el 4.2% de mortalidad quirúrgica. Lim y colaboradores (3) una mortalidad del 17% después de gastrectomía total, y de un 3% posterior a gastrectomía subtotal (esto definitivamente apoya a quienes sustentan el efectuar cirugía gástrica parcial). Mc Near y Berg (12), -



dan una tasa de resecabilidad del 86% (tanto para cirugía paliativa como curativa), teniendo una mortalidad quirúrgica del 22%. En nuestra revisión, encontramos una mortalidad quirúrgica del 30% (3 de 10 casos), ocurriendo defunción en los dos pacientes que ameritaron cirugía de urgencia y sucediendo a los 2 y 7 días del acto quirúrgico, habiendo encontrado a la laparatomía extensión tumoral amplia y efectuándose en ambos cirugía paliativa; el otro paciente falleció a las 2 semanas de la cirugía, con padecimiento sistémico.

Pronóstico:

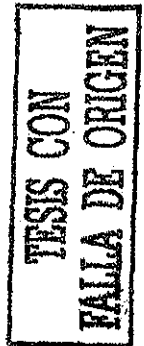
En general, las estadísticas dan mejores posibilidades para un paciente con linfoma gastrointestinal, en comparación al paciente con carcinoma gástrico (11) y un pronóstico muy sombrío para el linfoma sistémico con compromiso secundario del estómago.

Crile y colaboradores (5) mencionan a Desjardins en 1926, comentando desconocer la sobrevida de pacientes con linfoma y a Krumblar en 1936, diciendo que la enfermedad linfomatososa tiene un pronóstico fatal.

El pronóstico y la sobrevida varían de acuerdo a varios factores que se deben de tomar en cuenta, tales como: tamaño del tumor, extensión del mismo micro y macroscópicamente, variedad histológica, edad del paciente y tratamiento efectuado.

Metástasis Linfáticas: Joseph y Lattes (9) reportan sobrevida a 5 años con ganglios positivos de un 21.6%, y de un 72.4% con ganglios negativos. Connors y Wise (16) encuentran sobrevida a 5 años de 55% con ganglios negativos y de 25% cuando los ganglios están comprometidos. Shiu y colaboradores (21) con ganglios positivos en curvaturas 50% de sobrevida a 5 años y con ganglios más distales 25%. Lim y colaboradores (23) encuentran el 88% de sobrevida cuando los ganglios son negativos y 32% en caso de positividad.

Sitio afectado y extensión tumoral: Bertzler y Hoerr (26) no encuentran sobrevida en aquéllos con afección sistemática al tiempo del diagnóstico. Lim y colaboradores (23) tam



poco encuentran sobrevida a 6 meses cuando el tumor es irrecapable. Mc Neer y Berg (12) encuentran mayor sobrevida - cuando hay una sola lesión gástrica.

De acuerdo a la extensión, se reportan (23) sobrevidas de - un 88% a 5 años cuando la serosa no se encuentra invadida y un 24% en caso contrario. Joseph y Lattes (9) encuentran, con infiltración superficial, un mejor pronóstico; 87% de - sobrevida con invasión a mucosa y submucosa y de 52% con invasión de la muscularis propia.

Connors y Wise (16) en relación al sitio afectado, encuentran sobrevidas del 56% a 5 años, cuando el antro gástrico es el afectado, 29% cuando el tercio proximal gástrico y - del 15% cuando la invasión gástrica es total.

Tipo Histológico: en tanto no haya un acuerdo en la clasificación uniforme de los linfomas gástricos, habrán de tomarse estos datos con reserva, ya que pueden haber casos - clasificados en formas diferentes.

Allen y asociados (45), Burnett y Herbert (3), no creen que el tipo histológico guarde correlación con la sobrevida. - Joseph y Lattes (9) han presentado estadísticas que muestran mejor pronóstico cuando existe un tipo similar predominando, así como cuando existe mayor diferenciación celular.

En general, los autores revisados, en su mayoría aceptan como de mejor pronóstico a aquellos linfomas con linfocitos - pequeños y maduros, linfomas linfocíticos bien diferenciados, linfoma nodular poco diferenciado y linfoma mixto nodular (17, 20, 21, 25 y 37); con un pronóstico más sombrío al sarcoma de células reticulares, que en general invade más - ganglios y es menos radiosensible (9, 37), así como aquellos clasificados como linfomas histiocíticos difusos, linfoma linfocítico poco diferenciado y el linfoma indiferenciado (19).

Joseph y Lattes (9) dan sobrevidas a 5 años, de acuerdo a - la variedad histológica, como se muestra:

- Cuando predominan linfocitos: 83%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Cuando predominan células intermedias: 51%
- Cuando predominan células reticulares: 42%
- Combinadas células intermedias reticulares: 50%
- Sin patrón folicular: 88%

Gonnors y Wise (16) dan, para linfosarcoma 24% de sobrevida a 5 años y para el sarcoma de células reticulares 14%. En tesis previa (14), mejor pronóstico para el linfoma linfocítico nodular con promedio de sobrevida de 27.5 meses, linfocítico difuso con 17.2 meses e histiocítico con 8.5 meses. Edad: Shiu y colaboradores (21) dicen que a menor edad mejor pronóstico, no ocurriendo mortalidad en sus casos, cuando las edades fluctuaban entre los 21 y 40 años, 52% de mortalidad a 5 años con edades entre los 41 y 60 años y un 48% con edades entre 61 y 90.

Tratamiento y Pronóstico: Joseph y Lattes (9):

	Casos	% a 5 años	% a 10 años
Gastrectomía total	3	33.3%	-----
Gastrectomía total y Radioterapia	1	-----	-----
Subtotal	11	81.8%	57 %
Subtotal y Radiotx	21	61.9%	27.3%
Excisión local tumoral	2	-----	-----
Biopsia y radioterapia	6	66.6%	25 %

En todas estas estadísticas habrá que tomar en cuenta, que cuando se efectúa una gastrectomía total, es generalmente - por una tumoración de gran tamaño, resecciones parciales - con tumoraciones más chicas.

Crile y colaboradores (5), reportan sobrevida de 68% a 5 - años combinando cirugía y radioterapia. Burnett y Herbert (3) a 5 años sobrevida del 42.8% con cirugía, 66.6% cirugía y radioterapia y 66% con radioterapia en caso de tumores - irresecables. Cathcart y colaboradores (4) no señala diferencias con o sin radioterapia.

Shiu y colaboradores (21), a 5 años con cirugía 33% de sobrevida independiente de la cirugía efectuada, y combinando

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

radioterapia un 67%. Mc Neer y Berg (12) encuentran útil - la radioterapia, Lim y colaboradores (23) mencionan como - probablemente útil la radioterapia.

En nuestros casos, de la última revisión, de 6 casos a los cuales se efectuó cirugía paliativa, no se encontró sobrevida, y los 3 que se encuentran vivos a 3 años, son los que - tuvieron cirugías amplias (resecciones gástricas), agregándose en dos de ellos radioterapia.

Sobrevida global: Joseph y Lattes (9), 58.7% a 5 años y - 27.6% a 10 años; Burgess y colaboradores (2), 50% en 5 años y 32% a 10 años; Hoerr (17), 71% a 4 años; Crile (5) 78% a 5 años; Loher (10), 53% a 5 años y 43% a 10 años. En nuestros casos, la sobrevida a 1 año fue de sólo 50% y a 3 años el 30%, encontrando la mayoría en estadíos muy avanzados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. CONCLUSIONES.

- El linfoma gástrico es una entidad poco frecuente, ocupando aproximadamente del 3 al 5% de las neoplasias gástricas.
- Afecta con mayor frecuencia a pacientes del sexo masculino y a edades vecinas a los 60 años, siendo poco menor que aquellos pacientes con carcinoma, quienes tienen edad promedio de 65 años.
- La etiopatogenia es desconocida, no habiéndose demostrado factores causales aparentes; tienen valores de acidez gástrica normales en la mayoría.
- Síntomas y signos de presentación, son los de cualquier patología gástrica, siendo los más frecuentes el dolor epigástrico, disminución de peso y sangrado de tubo digestivo.
- La radiología (SEGD) sigue siendo uno de los medios de diagnóstico más accesibles para el diagnóstico de patologías gástricas, a pesar de su poca especificidad. Entre los datos radiológicos orientadores a linfoma destacan: irregularidad y engrosamiento de pliegues gástricos cercanos a masa polipoide o ulceraciones múltiples.
- La gamagrafia, de acuerdo a la literatura y nuestra experiencia, es de poco valor para usarse como rutina.
- La endoscopia, aunada a la toma de biopsias y citología gástrica, es un arma muy útil para el diagnóstico de esta patología.
- El linfoma gástrico, afecta más frecuentemente el antro gástrico, su diseminación es muy semejante a la del carcinoma gástrico e igual que éste; el 50% de los casos cuentan con afección ganglionar regional al tiempo de la cirugía; el 25% de los linfomas tienen focos gástricos múltiples y el tamaño promedio en la laparotomía es mayor a los 10 cm.
- La clasificación histológica más usada es la de Rappaport

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, se aplica con criterios variados, dando como resultado poca fidelidad en aplicación manejo-pronóstico. Las variedades histológicas más frecuentes son el - linfoma histiocítico y linfocítico.

- El tratamiento más aceptado es la resección gástrica subtotal con criterios oncológicos, ya que la gastrectomía total implica mayores problemas técnicos, secuelas y mortalidad.

La cirugía es el único medio de tratamiento que ha demostrado tener valor curativo; algunos autores muestran por cientos de reseabilidad mayores a los del carcinoma gástrico y sólo en casos de metástasis distantes, deberá - considerarse como incurable quirúrgicamente.

- El papel de la radioterapia es aún controvertido; pocas estadísticas en la literatura muestran posibilidades de cura sólo con radioterapia.

Está probablemente indicada cuando hay ganglios regionales afectados, invasión tumoral distante, resección quirúrgica incompleta.

- Quimioterapia: un sólo protocolo con resultados alentadores en linfomas pediátricos; falta mucho por estudiarse.
- Pronóstico: en general su pronóstico es aceptado como - mejor en comparación al carcinoma; es mejor el pronóstico con tumores pequeños (menores de 10 cm.), con ganglios regionales negativos, con invasión sólo de mucosa y submucosa, mejor cuando son linfomas linfocíticos y - cuando se efectuaron resecciones gástricas.
- Sobrevida: de acuerdo a variedad histológica; globales del 60% aproximadamente a 5 años.- En nuestros casos - 30% a 3 años, encontrándolos clínicamente tan agresivos como el carcinoma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIII. BIBLIOGRAFIA.

1. AZZOPARDI, J.G., and MENZIES, T. Primary malignant lymphoma of the alimentary tract. Br. J. Surg., 1960, 47:358.
2. BURGESS, J.N., DOCKERTY, M.B., and REMINE, W.H. Sarcomatous lesions of the stomach. Ann. Surg., 1971, 173:758.
3. BURNETT, H.W., and HERBERT, E.A. The role of irradiation in the treatment of primary malignant lymphoma of the stomach. Radiology, 1956, 67:723.
4. CATHCART, R.S., SUTTON, J.P., and GREGORIE, H.B. Sarcoma of the stomach. Ann. Surg., 1971, 173:398.
5. CRILE, G.C., Jr., HAZARD, J.B., and ALLEN, K.L. Primary lymphosarcoma of the stomach. Ann. Surg., 1952, 135:39.
6. ELLIS, H.A., and LANNIGAN, R. Primary lymphoid neoplasms of the stomach. Gut. 1963, 4:145.
7. JACOBS, D.S. Primary gastric malignant lymphoma and pseudolymphoma. Am. J. Clin. Pathol., 1963, 40:379.
8. JENSEN, F.B. Primary gastric sarcoma; a review of the literature and report of nine personal cases. Acta Chir. Scand., 1967, 133:139.
9. JOSEPH, J.I., and LATES, R. Gastric Lymphosarcoma; a clinico-pathologic analysis of 71 cases and its relation to disseminated lymphosarcoma. Am. J. Clin. Pathol., 1966, 45:653.
10. LOEHR, W.J., MUJAHED, Z., ZAHN, F.D., and others. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract; a review of 100 cases. Ann. Surg., 1969, 170:232.
11. MARSHALL, S.F., and MEISSNER, W.A. Sarcoma of the stomach. Ann. Surg., 1950, 131:824.
12. Mc NEER, G., and BERG, J.W. The clinical behavior and management of primary malignant lymphoma of the stomach. Surgery, 1959, 46:829.
13. SHERRICK, D.W., HODGSON, J.R., and DOCKERTY, M.B. The roentgenologic diagnosis of primary gastric lymphoma. Radiology, 1965, 84:925.
14. VINUEZA ROJAS L.R., Linfomas del tubo digestivo. Estudio clínico-patológico de 47 casos. Tesis de especialidad. I.M.S.S., 1960.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15. FILIPPA D.A. MD. et Al. A study of malignant lymphomas using light and ultramicroscopic, cytochemical and immunologic technics. Am. J. Med., 1978, 164:259-268.
16. CONNORS, J., MD., WISE, L. MD., Management of gastric lymphomas. Am. J. Surg., 1974, 127:102-108.
17. HOERR, S.O. et Al. Prognosis FN Gastric lymphoma. - - Arch. Surg., 1973, 107:155-158.
18. BUSH, R.S., ASH, C.L. Primary lymphoma of the gastric intestinal tract. Radiology, 1969, 92:1349-1354.
19. ROSENBERG, S.A. Current concepts in cancer. Non Hodgkin's lymphoma-selection of treatment on the basis of histologic type. N. Eng. J. Med., 1979, 301:924-928.
20. EYRE, H.J. et Al. Abdominal lymphoma: lack of complete surgical staging. Am. J. Surg., 1982, 143:624-628.
21. SHIU, J.H. et Al. Management of primary gastric lymphoma. Ann. Surg., 1982, 195:192-202.
22. DUFONT, J.B. et Al. Adenocarcinoma of the stomach: review of 1497 cases. Cancer, 1978, 41:941-947.
23. LIM, F.E. et Al. Factors in the prognosis of gastric lymphoma. Cancer, 1977, 39:1,715-1,720.
24. FREEMAN, C. et Al. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. Cancer, 1972, 23:252-260.
25. RAFFAORT, H. et Al. Follicular lymphoma. Cancer, - - 1956, 9:792-821.
26. HERTZER, N.R., HOERR, S.O. An interpretative review of lymphoma of the stomach. Surg. Gynecol. Obstet., - 1976, 143:113-124.
27. MAINGOT, R. Abdominal operations. 7th Edition. Volume I 1980, 566-573. Sarcoma of the stomach.
28. DEL REGATO, J.A., SPJUT, H.J. Stomach. Cancer, 1977, 5:463-487.
29. HOLDER, T.M. MD., ASHCRAFT, K.W. MD., Lymphoma. Pediatric Surgery, 1980, 978-982.
30. ROSENBERG, S.A., DIANCED, H.D., JASLOWITZ, B., and - - CRAVER, L.F. Lymphosarcoma; a review of 1269 cases. Medicine, 1961, 40:31.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

31. NICOLOFF, D.M., HAYNES, L.B., and WANGESTRÖM, O.H. Primary lymphosarcoma of the gastrointestinal tract. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1963, 117:433.
32. KLAYMAN, M.I., KIRSNER, J.B., and PALMER, W.L. Gastric malignant lymphoma: increasing accuracy in diagnosis. *Gastroenterology*, 1955, 29:536.
33. SALMELA, H. Lymphosarcoma of the stomach; a clinical study of 39 cases. *Acta Chir. Scand.*, 1968, 134:567.
34. HOERR, S.O., and HODGMAN, R.W. Carcinoma of the stomach; an interpretative review; *Am. J. Surg.*, 1964, 107:620.
35. OCHSNER, S., and OCHSNER, A. Sarcoma of the stomach; analysis of 17 cases. *Ann. Surg.*, 1955, 142:804.
36. BASSLER, A., and PETERS, A.G. Distinctions between gastric sarcoma and carcinoma; with special reference to the infiltrating types of sarcoma. *J.A.M.A.*, 1948, 138:489.
37. MADDING, G.F., and WALTERS, W. Lymphosarcoma of the stomach. *Arch. Surg.*, 1940, 40:120.
38. KAY, S. Lymphoid tumors of the stomach. *Surg., Gynecol. Obstet.*, 1964, 118:1059.
39. SNODDY, W.T. Primary lymphosarcoma of the stomach. - *Gastroenterology*, 1952, 20:537.
40. CULVER, G.J., BEAN, B.C., and BERENS, D.L. Gastric lymphoma. *Radiology*, 1955, 65:518.
41. BERGER, J.R., GAY, B.B., and WHORTON, C.M. Malignant lymphoma of the stomach. *Radiology*, 1954, 62:527.
42. TAKAOKI S., SHIRAHATA, S., ISHIYAMA, K. et Al. malignant lymphoma in the residual stomach after gastrectomy; a case report. *Jpn. J. Surg.*, 1982, 12:270-273.
43. BARTLETT, J.P., and ADAMS, W.E. Generalized giant hypertrophic gastritis simulating neoplasm; differential diagnosis and report of a case. *Arch. Surg.*, 1950, 60:543.
44. RUBIN, C.F., and MASSEY, E.W. The preoperative diagnosis of gastric and duodenal malignant lymphoma by exfoliative cytology. *Cancer*, 1954, 7:271.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

45. ALLEN, A.W., DONALDSON, G.D., SWIFFEN, R.C., and GOODALE, F. Primary malignant lymphoma of the gastrointestinal tract. Ann. Surg., 1954, 140:428.
46. FISHER, E.R., and HOERR, S.O. The practical value of histopathological clasification of gastric carcinoma. Cancer, 1955, 8:389.
47. WELBORN, J.K., FONKA, J.L., and REBUCK, J.W. Lymphoma of the stomach; a diagnostic and therapeutic problem. Arch. Surg., 1965, 90:480.
48. REMINE, W.H. Gastric sarcomas. Am. J. Surg., 1970, 120:320.
49. ROOFT, G.T., CHRISTENSEN, B.H., and MERRIL, M.D. Malignant lymphoma of the stomach. Am. J. Surg., 1963, - 106:217.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN