
Estadiamento Cirúrgico dos Linfomas - como e porquê? Uma Visão Clínica do Problema

Dr. Sebastião Cabral Filho *
Dr. João Augusto Moreira Teixeira **
Dr. Eduardo Nascimento ***

INTRODUÇÃO:

Desde que se demonstrou a utilidade do estadiamento cirúrgico nos linfomas (1.9.10), o número de publicações a respeito aumentou sobremaneira. Mais e mais este procedimento tem sido usado por cirurgiões não especialistas. O que se tem verificado, no entanto, é que nem sempre existe uma visão verdadeiramente ampla da matéria que permita a realização de uma laparotomia que possa preencher todas as finalidades para as quais é proposta. O erro comum é julgar importante somente a esplenectomia, relegando a plano secundário as demais proposições. Temos recebido casos para tratamento após "Estadiamento Cirúrgico" em que foi realizada somente a esplenectomia e, às vezes, biópsia hepática.

O estudo dos linfonodos quase nunca é realizado, sendo biopsiados somente aqueles que se encontram muito aumentados de volume.

A finalidade do presente trabalho é recapitular cada passo de uma laparotomia para Estadiamento Cirúrgico dos Linfomas, des-

crevendo a importância e a necessidade de cada um.

Queremos ressaltar que a nossa visão do problema é meramente clínica, portanto, não nos cabe entrar em detalhes de técnica cirúrgica ou dificuldades que possam existir no cumprimento desta ou daquela etapa.

ETAPAS DA LAPAROTOMIA E ESPLENECTOMIA NO ESTADIAMENTO DOS LINFOMAS

1º INVENTÁRIO DA CAVIDADE:

O inventário da cavidade abdominal é regra geral em toda cirurgia eletiva e imperiosa para estadiamento dos linfomas.

Uma das finalidades desta cirurgia é estudar a biologia dos linfomas, sendo imprescindí-

* Do Serviço de Oncologia Clínica da Santa Casa de Misericórdia — Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

** Do Centro de Quimioterapia Antiplástica e Imunoterapia do Hospital Santa Mônica — Belo Horizonte — Minas Gerais

vel a pesquisa com descrição correta e detalhada de cada órgão. É inadmissível, uma vez realizada a abertura da cavidade, que não se colham todos os dados possíveis.

Devemos aqui lembrar que principalmente nos Linfomas Não Hodgkin pode-se encontrar comprometimento de qualquer órgão. (6)

A nosso ver, no inventário da cavidade de um paciente que se submete a estadiamento cirúrgico, devem-se examinar e descrever com exatidão os seguintes órgãos:

A - ESTÔMAGO, DUODENO, INTESTINO DELGADO E GROSSO:

Podem estar comprometidos em uma série de casos, principalmente nos Linfomas Não Hodgkin, podendo inclusive ser a sede primária dos mesmos. Outras lesões podem também ser encontradas em concomitância com o linfoma (úlcera, divertículos, pólipos, etc).

OBSERVAÇÃO: Descrever também essas lesões.

B - BAÇO: Deve ser descrito antes de sua retirada. (Adiante será descrita a esplenectomia).

C - FÍGADO: A descrição deste órgão é considerada de real importância, principalmente em nosso meio, onde as causas de hepatomegalia por outros processos são muito freqüentes, (esquistossomose, por exemplo) e necessita-se estudo mais adequado da concomitância dos mesmos com os linfomas.

D - RINS: A verificação de possível comprometimento renal deve ser feita, bem como a concomitância de outras doenças renais pesquisadas. (Quando houver anormali-

dade recomenda-se biópsia). É comum que se tenha, na evolução do tratamento dos linfomas, processo de insuficiência renal, sendo muitas vezes encontrado em necropsias comprometimento bilateral dos rins.

Descrever possíveis desvios dos ureteres e cálices por massas tumorais.

E - PÂNCREAS: A possibilidade do comprometimento existe e, portanto, deve ser pesquisada.

No material do Hospital A. C. Camargo, de São Paulo, foram encontrados alguns casos de comprometimento de pâncreas, mesmo em pacientes portadores de Doença de Hodgkin.

F - OVÁRIO E GENITÁLIA INTERNA FEMININA: Deve-se descrever com especial atenção o ovário, o qual é mais freqüentemente comprometido.

G - GÂNGLIOS: (Ver adiante)

2º ESPLENECTOMIA:

Tem sido proposta a esplenectomia, principalmente na Doença de Hodgkin, baseada numa série de condições, embora possam perdurar algumas opiniões em contrário. (4.8)

A - Tem sido demonstrado numa série de trabalhos que não se pode, por meios clínicos, ter a exata idéia do comprometimento do baço, e isto só tem sido conseguido após sua remoção e estudo anatomopatológico cuidadoso. (1.9.10.11). Nos trabalhos de Glatstein, por exemplo, foi encontrado:

- a) Baço clinicamente positivo 8/16
- b) Clinicamente negativo 20/84

B - Tem sido verificado que, durante a evolução do linfoma, normalmente há um comprometimento esplênico, usando-se mesmo dizer: "Todo baço de linfomatoso está ou estará comprometido pelo linfoma". Além disto, o comprometimento esplênico tem sido usado como fator de referência para o comprometimento hepático (9.10.11), já que cerca de 50% destes casos mostraram acometimento daquele órgão durante sua evolução.

C - O Hiperesplenismo também tem sido muito freqüente nos casos de linfoma.

D - No plano de tratamento dos linfomas, quando se usa radioterapia, o parênquima esplênico deve ser incluído no campo de irradiação (Fig. 1), sendo que, neste caso, são irradiados também o rim E, a base pul-

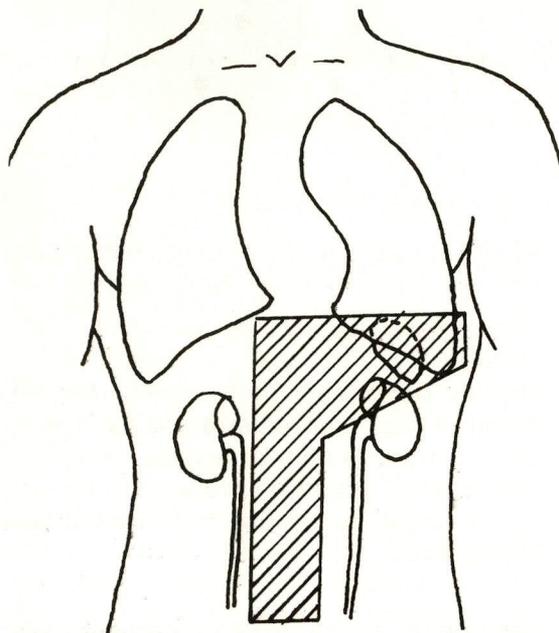


Figura 1 - Campo de radioterapia infradiafragmática, técnica do "Y" invertido, em paciente não esplenectomizada. Observa-se que o campo pega a base do pulmão E, a pleura E e o pólo superior do Rim E.

OBS.: Na figura foi omitido o campo que irradiaria os linfonodos ilíacos. (Ver fig. 2)

monar e a pleura. Após esplenectomia (Fig. 2), o campo engloba somente o hilo esplênico, deixando-se assim de irradiar as estruturas normais acima citadas.

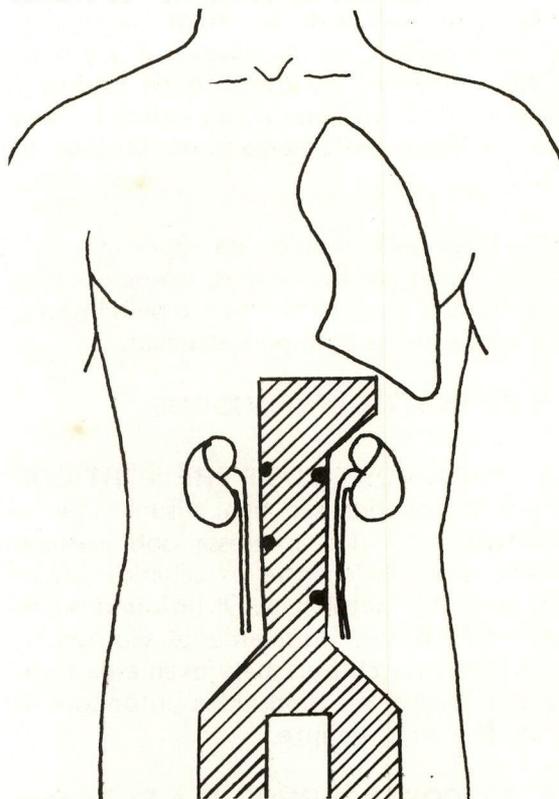


Figura 2 - Campo de radioterapia infradiafragmática, em paciente esplenectomizada, e com hilo esplênico "marcado" (clip de prata). Neste caso não são irradiadas as estruturas normais mostradas na Fig. 1.

E - Verificou-se que nos pacientes esplenectomizados, por liberação da medula, há uma tolerância melhor ao tratamento Rádio e Quimioterápico. Leucopenias e Plaquetopenias são mais raras do que naqueles pacientes não esplenectomizados. (5).

3º BIÓPSIA HEPÁTICA:

A - Deve ser feita biópsia hepática em cunha do lobo E, cujo fragmento, ao exame

anatomopatológico, dará uma idéia do parênquima hepático na sua superfície.

B - Podem ser feitas várias biópsias por punção (com agulhas de Silverman ou de Menghini atingindo locais diversos e profundidades variáveis, no intuito de estudar o parênquima em toda a sua extensão, buscando focos linfomatosos no interior do mesmo).

C - Eventuais nódulos na superfície também devem ser biopsiados, porque podem representar comprometimento pelo linfoma ou acusar outra patologia associada.

4º BIÓPSIA DE LINFONODOS:

A - PARA-AÓRTICOS E PRÉ-AÓRTICOS:

Estes linfonodos são bem visualizados na linfografia e nos interessa sobremaneira uma comparação entre os achados desta e da anatomia patológica. Os linfonodos a serem biopsiados, normalmente são escolhidos antes da cirurgia pelo exame da linfografia. Devem ser biopsiados linfonodos do lado D e do E, sempre.

B - **ILIACOS EXTERNOS D e E:** Também estes linfonodos são visualizados pela linfografia, entretanto, é muito importante o estudo anatomopatológico desta cadeia. Nos casos em que não há comprometimento ganglionar e estando indicado tratamento radioterápico, principalmente em pacientes do sexo feminino, há uma tendência para irradiar somente os linfonodos para-aórticos (Fig. 3), no intuito de proteger as gônadas das irradiações. Ora, se numa biópsia de linfonodos ilíacos há comprometimento, estes seriam linfonodos obrigatoriamente tratados.

C - **MESENTÉRICOS E EPIPLÓICOS:** Normalmente estes linfonodos não estão incluí-

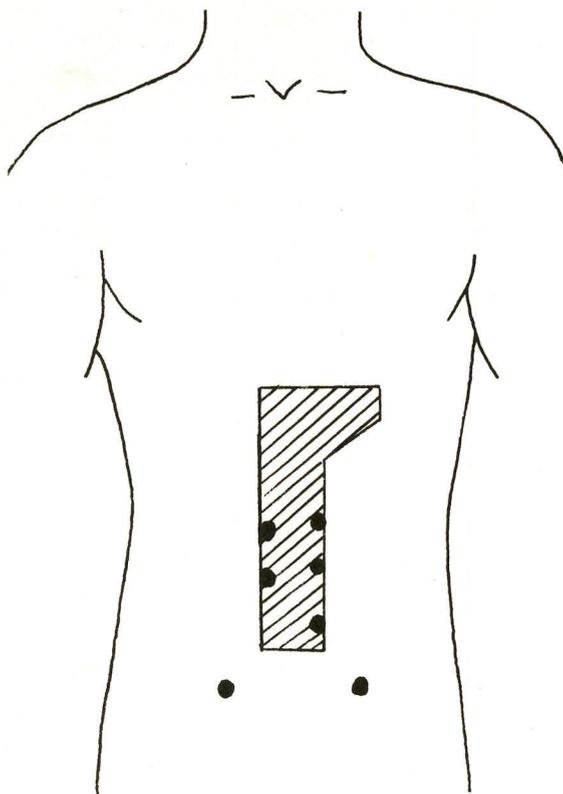


Figura 3 — Campo de radioterapia infradiafragmática não incluindo os linfonodos ilíacos e inguinais.

dos nos campos da radioterapia (Fig. 4). Quando estão comprometidos, a técnica deverá ser mudada com finalidade de melhor distribuição da dose de irradiação a este nível, ou então se propõe a Quimioterapia Antiblástica.

Este fato, por si só, indica a obrigatoriedade de estudos desta região. No caso de se fazer laparotomia em pacientes tratados, o seu estudo também é importante, pois já que estas áreas não recebem uma dose adequada de Radioterapia, é possível que as recidivas ocorram nestes locais.

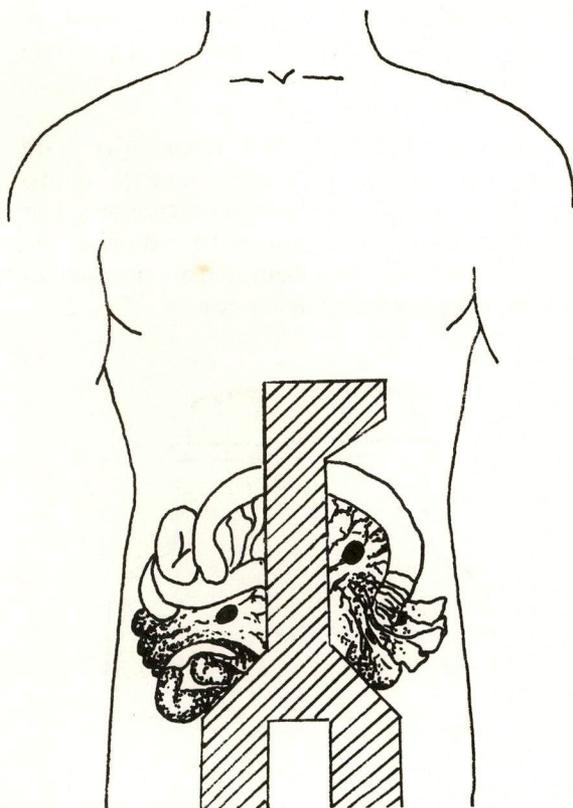


Figura 4 — Campo de radioterapia infradiafragmático em paciente portador de linfoma com comprometimento fora do campo (Mesentérico ou epiplóico).

D - HILO ESPLÊNICO: Deve ser sempre biopsiado, pois constitui área não mostrada pela linfografia e, principalmente, porque se estuda a correlação entre o seu comprometimento e o baço. Rappaport (7), reestudando linfonodos do hilo esplênico que foram dados como negativos em pacientes com baços comprometidos, encontrou em todos eles focos linfomatosos, quando fez cortes seriados.

E - HILO HEPÁTICO: Também outra área não atingida pela linfografia, e ainda sem um estudo definitivo quanto à sua correlação com o acometimento de outras áreas abdominais.

F - TRONCO CELÍACO: Estes linfonodos, por estarem fora dos limites da linfografia, não são estudados previamente e devem ser biopsiados como rotina.

G - Outras cadeias por ventura comprometidas devem sempre ser biopsiadas.

H - COLOCAÇÃO DE CLIPS: Em todas as cadeias biopsiadas devem ser colocados "Clips de prata". Estes servirão para orientação posterior do tratamento, principalmente da radioterapia. Por exemplo, o hilo esplênico só poderá ser localizado se houver sido anteriormente colocada uma "marca" (clip) no local.

Nos casos de comprometimento do mesentério, somente o "clip" poderá dar uma idéia da localização do linfonodo.

5º OOFOROPEXIA: A colocação dos ovários na linha média (retro-uterina) tem como finalidade retirá-los de um possível campo de radioterapia, prevenindo assim a esterilidade nestas pacientes. Deve ser feita biópsia de ambos os ovários e os mesmos devem ser "marcados com clips" para sua visualização futura.

6º ALÇAS INTESTINAIS: Caso haja comprometimento de alças intestinais será realizada, sempre que possível, a ressecção da parte lesada, com certa margem de segurança. Este procedimento visa evitar que, havendo redução abrupta e acentuada do tumor pelo tratamento, haja ruptura de alça e conseqüentemente peritonites.

7º QUALQUER OUTRA ESTRUTURA SUSPEITA DE COMPROMETIMENTO DEVE SER BIOPSIADA.

8º BIÓPSIA DE CRISTA ILÍACA: É feita principalmente porque o mielograma é

insuficiente para a determinação da infiltração da medula, sendo necessário ao patologista, para o diagnóstico, o exame de um fragmento ósseo. (1.9.10.12).

99 BIÓPSIA DE LINFONODOS EXTERNOS SUPRA OU INFRA-DIAFRAGMÁTICOS:

É comum que se envie um paciente para estadiamento cirúrgico no qual o diagnóstico primitivo foi feito por biópsia de um linfonodo supra ou infra-diafragmático, mas que possui um outro linfonodo palpável (suspeito) do outro lado do diafragma. Na laparotomia para o estadiamento poderá ser feita a biópsia destes linfonodos, já que isto poderá colaborar eventualmente para o estadiamento final do caso.

COMENTÁRIOS:

Vê-se que cada passo da cirurgia possui sua explicação e sua importância, e como são múltiplos, só poderão ser realizados se realmente se possuir o conhecimento dos mesmos e, além disto, se se tiver organizado uma rotina a ser seguida em todos os casos. Pensando nisto, organizamos em nosso serviço uma ficha, para registro de todos estes dados, a qual é entregue ao cirurgião antes de cada cirurgia.

Nesta ficha segue-se a seguinte seqüência:

- a) Inventário da cavidade — Descrição detalhada de todos os órgãos visualizados e examinados, com especial atenção para: Tubo gastro-intestinal, rins e pâncreas.
- b) Descrição detalhada de todas as etapas da cirurgia, descrevendo pormenorizada-mente o baço, o fígado e os linfonodos em cada uma das cadeias examinadas, detalhando biópsias e colocação de "clips".

- c) Descrição de outros órgãos possivelmente comprometidos e biópsia da crista ilíaca.

Por outro lado, julgamos necessário, para que não se faça confusão durante o ato cirúrgico, que antes do mesmo tenhamos os recipientes para recolhimento das peças devidamente rotulados com: **Nome do paciente, data e peça que deverá conter.** (Fig. 5)

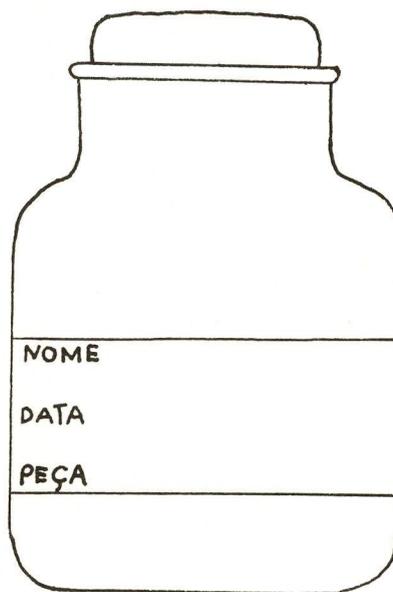


Figura 5 — Frasco usado para coleta do material obtido na laparotomia para estadiamento cirúrgico. Usa-se um frasco para cada peça.

Devemos lembrar, ainda, que de nada adiantará seguirmos a rotina até este ponto e com todos os cuidados expostos, se o patologista não tiver o cuidado semelhante, analisando cada peça em separado e enviando-nos relatório detalhado.

Em nosso serviço possuímos ficha semelhante à cirúrgica aqui exposta para registro dos dados de anatomia patológica.

CONCLUSÃO

O estadiamento cirúrgico dos linfomas constitui um trabalho em equipe, entre clínicos, radioterapeutas, cirurgiões e patologistas.

A nosso ver, só se compreende a realização deste tipo de cirurgia se o paciente puder

tirar dela todos os benefícios que a mesma oferece, sendo completamente injustificável a não realização de qualquer dos passos aqui expostos, exceto por impossibilidade técnica ou contra-indicação cirúrgica (cirurgia de urgência, contaminação etc).

SUMÁRIO

Os autores descrevem todas as etapas do estadiamento cirúrgico dos linfomas, tentando enfatizar e justificar a importância de cada uma delas. É considerada injustificável a realização da cirurgia se todas as suas etapas não forem cumpridas, aconselhando-se a organização de uma rotina com ficha ope-

ratória, rótulos especiais para os recipientes usados para recolher as peças cirúrgicas, e fichas anatomopatológicas.

Concluem, finalmente, que o estadiamento cirúrgico dos linfomas é um trabalho em equipe, entre clínicos, radioterapeutas, cirurgiões e patologistas.

SUMMARY

The authors describe all steps of the surgical staging of lymphomas with the purpose of justifying the importance of each one of them. The realization of such surgery will not be justified if all steps aren't remembered and observed; also, the organization of a routine will be advisable, with the use

of surgery-charts and special labels for containers to keep the surgical material, as well as an anatomic-pathological chart.

Finally, they were able to conclude that the surgical staging of lymphoma is a work to be done by physicians, radiotherapists, surgeons as well as pathologists.

BIBLIOGRAFIA

- 1) GLATSTEIN, E. MD, et al; "The value of laparotomy and Splenectomy in the staging of Hodgkin's Disease", *Cancer* 27, 209/718, 1969.
- 2) KAPLAN, S. H; "Hodgkin's Disease", Cambridge, Mas Harvard University Press, 1972.
- 3) KIRSCHMER, R. H; abt.; A. B. "Vascular invasion and hematogenous Dissemination of Hodgkin's Disease". *Cana* 34, 1159/1192, 1974.
- 4) NIXON, Daniel W. MD; AISEMBERG, Alan C. MD.; "Fatal Hemophilus Influeza", Sepsis in An Assyntomatic Splenectomized Hodgkin's Patient", — *Annals of internal medicine* 77, 69/71, 1972.
- 5) PANETTIERE, Frank, MD, et al; "Splenectomy effects on Chemotherapy in Hodgkin's Disease", *Arch Internal medicine*, 131: 362, March 1973
- 6) PATCHESKY, A. S; BRODOVSTY, H. S; Non Hodgkin's Lymphomas; "A clinic pathologic sudy of 293 cases; *Cancer* 34: 1173/1186, 1974.
- 7) RAPPAPORT, Henry MD; and STRUN B. Sthephen MD; "Vascular Invasion in Hodgkin's Disease. It's incidense and relationship to the spread of the Disease". *Cancer* 25: 1304/1313, June 1970.

- 8) RAURY, Mario MD, et al; "Serious infections after Splenectomy for the Staging of Hodgkin's Disease", Annals of internal medicine 77: 11/14, July, 1972.
- 9) ROSENBERG, S. MD; "A critique of the value of laparotomy and Splenectomy and the evolution of patients with Hodgkin's Disease". Cancer Res. 31, 1737/1740, 1971.
- 10) ROSENBERG, A.S, MD, and KAPLAN S.H. MD; "Hodgkin's Disease and Other malignant lymphomas". Calif. medicine 113: 23/38, 1970.
- 11) ULTMAN, E. JOHN MD, and MORAN M. Edgar MD; "Clinical course and complication in Hodgkin's Disease", Arch in-internalmedicine: 131, 132/348, March 1973.
- 12) WEBB, Dale, et al; "Importance of Bone Marrow Biopsy in the Clinical Staging of Hodgkin's Disease", Cancer 26: 313/317, Aug. 1970.