

Linfosarcoma de Intestino Delgado en el Niño*

POR LOS DOCTORES:

JOSE M. MIR DEL JUNCO**, LUIS FELIPE MENCIA***,
RAUL NODAL**** EDILIA MARTINEZ ABREU****
y RENE DE JUAN****

Hoy vamos a tener el gusto de presentar a la consideración de los distinguidos compañeros que forman parte de esta XIV Jornada Pediátrica, Convención Anual de la Sociedad Cubana de Pediatría, que se está celebrando en esta heroica ciudad de Santa Clara, el caso de la niña L. L. M., de 3 años de edad, que ingresa en el Hospital Nacional Infantil "Dr. Angel A. Aballí", por padecer de una tumoración abdominal, que resultó ser un Linfomasarcoma de Intestino Delgado.

Presentamos el caso por dos motivos. En primer lugar, por su poca frecuencia y en segundo término para hacer énfasis en la importancia que tiene en estos casos el tratamiento quirúrgico precoz, aún sacrificando exploraciones, que si bien es verdad que son muy importantes y que nos orientan mejor en el diagnóstico más o menos aproximado del mismo, si se dilatan demasiado tiempo en ser practicadas, pueden hacerle mucho daño al paciente; máximo si se tiene en cuenta que en definitiva el diagnóstico correcto sólo puede hacerse mediante el estudio histológico de la pieza excindida.

Ante toda tumoración sólida de abdomen, el Pediatra debe tener siempre muy presente los siguientes conceptos:

- * Trabajo del Hospital Nacional Infantil "Dr. Angel A. Aballí".
- ** Jefe de Clínica.
- *** Cirujano-Jefe.
- **** Residente.

1) Toda masa sólida debe ser considerada como tumor maligno hasta que el estudio histológico de la misma demuestre lo contrario.

2) Las manipulaciones, incluyendo la palpación, deben limitarse a las imprescindibles.

3) Existen ciertas exploraciones que deben ser evitadas o usadas excepcionalmente, como la insuflación perirrenal y la biopsia por aspiración¹.

4) El tratamiento de elección de los tumores malignos es la extirpación quirúrgica precoz; y toda exploración que no pueda ser realizada rápidamente debe ser desechada; ya que, en pocas ocasiones el Pediatra tiene la obligación de actuar más rápidamente que en estos casos.

5) La radioterapia post-operatoria es prácticamente obligatoria y la pre-operatoria tiene sus indicaciones.

6) Hay que destruir dos mitos que han hecho mucho daño²:

a)

El de la rareza excepcional del cáncer abdominal en la infancia y

b)

El de su incurabilidad absoluta.

7) Diagnóstico correcto y tratamiento quirúrgico, ambos realizados muy precozmente, salvarán muchas vidas infantiles.

Los tumores abdominales más frecuentes en la infancia son los siguientes:

1.—**Neuroblastoma:** Hoy en día se le considera como el más común de los tumores abdominales de la infancia. Representa del 4 al 6% de todos los cánceres a esta edad^{3, 4, 5}. Ha sido llamado también "Simpatoma", por desarrollarse a expensas de los elementos simpáticos sobre todo de la médula suprarrenal. Es un tumor de consistencia dura, en el que la fiebre puede estar presente y como resultado de la presión extrínseca producida por el mismo, pueden notarse constipación o diarreas. Son hechos a retener los siguientes: este tumor puede transformarse en benigno alguna que otra vez^{6, 7}; en ocasiones se pueden apreciar calcificaciones intramurales al estudio radiográfico; la urografía muestra un desplazamiento del riñón en desproporción a la distorsión de la pelvis renal; sus me-

tástasis son principalmente óseas, y casi siempre bilaterales y simétricas; en ocasiones puede haber metástasis hepática, así como a los ojos. Su diagnóstico puede ser ayudado por el estudio histológico de la lesión principal, nódulo linfático periférico y ocasionalmente por el examen de la aspiración de la médula ósea, el cual puede demostrar las características células tumorales en forma de "seudoroseta". Su pronóstico es muy grave. No obstante esto, alrededor del 25% de los casos han sobrevivido de 3 a 8 años después del tratamiento.

2.—Nefroblastoma o Tumor de Wilms: Data de 1899 la descripción de Wilms sobre esta tumoración renal, congénita y maligna, considerada como un embrioma o disembríoma renal de tipo mixto, el que, microscópicamente, presenta una extraordinaria variedad de tejidos (fibras musculares: lisas y estriadas; tejido mucoide y adiposo, cartilaginoso u óseo, etc.). Junto con el neuroblastoma es uno de los tumores malignos más frecuentes en la infancia. Su mayor frecuencia se halla entre los niños menores de 3 años de edad. Siendo su pronóstico mejor, mientras más joven sea el niño. Por lo común tiene una evolución silenciosa hasta tanto no adquiera un gran volumen (cosa que es su característica principal). Como regla, es voluminoso, de superficie lisa y de forma redondeada y unilateral. Hace prominencia más destacada hacia la parte central e inferior del abdomen, no determinando nunca el abultamiento de la región lumbar, como ocurre con los tumores de las suprarrenales, lo que constituye un dato de la mayor importancia para el diagnóstico diferencial⁸. Hay que tratarlo cuidadosamente cuando es explorado, ya que fácilmente se produce la ruptura de su cápsula, con todos los inconvenientes⁹. Su enorme tamaño provoca, por compresión u obstáculo mecánico, trastornos gastrointestinales, cardiocirculatorios y respiratorios. El dolor puede ser muy variable, yendo desde transitorio a continuo y de sordo a agudo. La fiebre y la hipertensión arterial son síntomas frecuentes. Los síntomas urinarios son raros o de aparición tardía. Sus metástasis se hacen hacia los pulmones. En la pielografía se nota marcada distorsión de la pelvis renal y de los cálices, con escaso o ningún desplazamiento renal. La imagen del contorno pelviano y de los cálices renales adoptan, como regla, un "aspecto de araña" muy característico y en los estadios más avanzados de la dolencia la imagen "vellosa o apolillada", que se presenta cuando el contorno pelviano es impreciso. Su pronóstico

es muy grave, pero se ha reportado algún que otro caso de curación. Alrededor del 30-50% de los casos reportados sobreviven de 3 a 15 años después de operados.

3.—Feocromocitoma o Cromafinoma: Tumor por lo general benigno, que produce crisis de hipertensión paroxísticas muy peligrosas, debidas a la hipersecreción de epinefrina y de norepinefrina (arterrenol) por las células cromafínicas donde asienta. Como regla, tiene su origen en la médula suprarrenal, pero también puede aparecer en los distintos tejidos cromofínicos, como son los paraganglios, el cuerpo de Zuckerkandl y la cadena torácica del sistema simpático.

Su síntoma más importante es la hipertensión arterial. Casi siempre la tensión aumenta bruscamente, por períodos de tiempo que duran de minutos a horas. A veces esta duración se eleva hasta un día completo. Durante estas crisis hipertensivas el enfermo padece de cefáleas, sensación de constricción en los miembros, así como de otros signos de vasoconstricción. En ocasiones puede llegar hasta el choque. Otras veces existe una hipertensión arterial más o menos sostenida. En ocasiones hacen su aparición hipermetabolismo, hiperglucemia y diabetes mellitus, sobre todo en casos en los que la cantidad de epinefrina o de norepinefrina segregada por el tumor es muy grande. Todo niño hipertenso debe ser investigado en el sentido de este tumor. Ayudan a su diagnóstico el uso de medicamentos suprarrenolíticos (piperóxán y fentolamina), los cuales anulan temporalmente los efectos hipertensores de la epinefrina y del arterrenol.

En la fase normotensora espontánea se puede emplear, como ayuda, diagnóstica, "la prueba de la histamina", en la que una elevación aguda de la presión sanguínea, puede ser diacrítica de feocromocitoma. Como que con cualquiera de estas pruebas pueden presentarse resultados seudopositivos y seudonegativos, se usa, como método más fidedigno de diagnóstico, la determinación de las aminas (vasopresoras) de cate col en la orina. También se emplea para su diagnóstico la radiografía simple, en la que casi siempre se observa, en los que asientan en la médula suprarrenal, una tumoración más o menos redondeada. Imagen semejante puede obtenerse mediante la neumografía extraperitoneal, con o sin la ayuda de la tomografía. Ahora bien, estos métodos radiográficos de diagnóstico, no descubren los feocromocitomas situados fuera de las cápsulas suprarrenales.

4.—**Tumores primarios del hígado:** Son raros. Son más frecuentes en los dos primeros años de la vida. Pueden ser benignos y malignos: entre los primeros señalaremos a los hemangiomas, hamartomas, angioendotelioma, etc., y entre los malignos al carcinoma originado de las células hepáticas. Casi siempre la primera manifestación de estos tumores es el aumento de volumen del abdomen, al que le sigue: fiebre, ictericia, pérdida de peso y signos de obstrucción portal.

5.—**Tumores del bazo:** Los verdaderos tumores del bazo son rarísimos, variando de quistes, hemangiomas y linfangiomas a procesos malignos como el carcinoma y el linfadenosarcoma. Cabe considerar el diagnóstico de tumor del bazo, si tras estudios hemáticos y osteomiélicos queda sin explicación una esplenomegalia.

6.—**Tumores de la vejiga:** Poco frecuentes en la infancia. Pueden ser primarios, pero más a menudo son de naturaleza metastásica. Los más frecuentes son el sarcoma y el mixoma, pero también se han visto papilomas. El principal síntoma lo constituye la cistitis con hematuria. El tacto rectal puede ayudar al diagnóstico cuando el tumor adquiere cierto volumen; pero para precisarlo hay que recurrir a la cistoscopia. Estos tumores se pueden propagar a la próstata o a la vagina y pueden contribuir a la producción de pielonefritis, hidronefrosis y peritonitis.

7.—**Tumores del ovario:** Raros. Frecuentemente ocurren entre los 6 y los 12 años de edad. Pueden ser benignos: teratomas, dermoides y quistes simples, y malignos como el adenosarcoma, carcinoma a células granulosas, disgerminoma y teratoma maligno. Sus principales síntomas son: dolor abdominal y la masa tumoral, que se nota bien al examen rectal. Hay que recordar que la torsión del pedículo de estos tumores, puede simular un cuadro de abdomen agudo de otra etiología; así como que el carcinoma de células granulosas puede ser causa de precocidad sexual y de hemorragias uterinas en niños en período de preadolescencia.

8.—**Quistes del mesenterio:** Cuando son muy voluminosos pueden producir síntomas compresivos sobre las vísceras abdominales. El tumor, como regla, es blando y muy movable. El diagnóstico correcto sólo puede hacerse por la laparotomía.

9.—**Linfogranuloma maligno. Enfermedad de Hodgkin:** En ciertos casos, sobre todo en los que presentan fiebre de tipo remitente, con hepatoesplenomegalia y alguna hipertrofia ganglionar periférica, hay que pensar en la forma abdominal del Linfogranuloma maligno. El hallazgo de las típicas "células de Reed-Sternberg" en algún ganglio periférico, ayuda en el diagnóstico de esta afección.

10.—**Neurofibromatosis. Enfermedad de Recklinghausen:** Algunas veces esta enfermedad se localiza en las vísceras abdominales y da lugar a la presencia de una o varias tumoraciones. Ayudan en el diagnóstico de esta eventualidad, el recordar que es afección hereditaria, que presenta en la piel las clásicas "manchas de color de café con leche", la presencia de pequeños y múltiples tumores aplanados o pedunculados y que con frecuencia se asocia a deficiencia mental.

11.—**Tumores del aparato gastrointestinal:** La mayoría de ellos se hallan situados en el recto. Son raras las neoplasias que afectan el intestino delgado o el colon. Pueden ser benignos y malignos, siendo mucho más frecuentes los segundos que los primeros. Los benignos: comprenden el adenoma, fibroma, papiloma, angioma, lipoma y quistes enterógenos. A veces existen múltiples tumoraciones pediculadas o polipoideas dispersas por el intestino delgado o el colon. Estos tumores benignos pueden ser completamente asintomáticos, pero, en ocasiones dan lugar a dolor abdominal, a síntomas de obstrucción intestinal, como invaginación y a hemorragias de mayor o menor consideración; además siempre existe la posibilidad de que los adenomas experimenten la degeneración maligna, en períodos ulteriores de la vida. Los tumores malignos: sarcoma y carcinoma del intestino delgado y del colon son bastante raros. Alguna que otra vez podrá hallarse infiltraciones leucémicas en el intestino.

Diagnóstico de los tumores abdominales de la infancia: Esto se hace por:

1) La clínica, en la que a veces el único síntoma presente es la tumoración; otras veces se notan los signos y síntomas que ya hemos descrito al hablar de cada uno de ellos.

2) Placa simple de abdomen, que puede o no poner de manifiesto la tumoración.

3) Tomografía abdominal que ayuda a la localización del proceso.

4) Estudio radiográfico del tracto digestivo, comprendiendo papilla de bario por vía oral y colon por enema. Algunas veces se nota la tumoración y otros signos de obstrucción intestinal.

5) Pielografía, preferiblemente descendente, mostrando las alteraciones de la pelvis y de los cálices renales, así como los desplazamientos del riñón a que ya hemos hecho referencia en los tumores de esta localización.

6) Neumorroretroperitoneo, que aunque no exento de peligro, constituye un magnífico medio de localización del tumor.

7) La Aortografía, elemento de juicio, también para la localización del tumor.

8) Biopsia por aspiración, prueba que debe evitarse en lo posible, pero que tiene una gran importancia en el diagnóstico correcto de estos tumores.

9) Estudio histológico de la pieza o parte de ella, el verdadero elemento diagnóstico y a veces el único capaz de hacerlo.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de los tumores abdominales de la infancia, hay que hacerlo, principalmente, con: esplenomegalias no debidas a tumores, hidronefrosis, malformaciones congénitas de los riñones (riñón poliquístico), tuberculosis y peritonitis tuberculosas, trichobezoar del estómago, fecaloma (especialmente del colon) y con la invaginación intestinal.

Tratamiento: El tratamiento de los tumores abdominales de la infancia es quirúrgico y debe ser realizado lo más precozmente posible. La irradiación post-operatoria es obligatoria y en algún que otro caso, por su gran volumen, puede usarse la radioterapia pre-operatoria para facilitar la técnica quirúrgica. También pueden emplearse los isótopos radioactivos así como un tratamiento a base de agentes químicos: antifólicos, hormonas, antibióticos, etc. Es importante, también, el cuidado psicológico del niño así como el de sus familiares.

NUESTRO CASO

Niña L. L. M., de 3 años de edad, negra. Ingresa el 14 de abril de 1958 por padecer, desde hacía 10 días (según la madre), de una tumoración abdominal.

Antecedentes patológicos familiares y personales: Nada a señalar. Resumen del examen físico: aspecto, mediocre. No fiebre, tos, ni vómitos, alguna ligera diarrea, moderada distensión abdominal. Se nota una tumoración abdominal de unos 6 cms. de longitud, situada en el hipogastrio, muy



FIG. 1.—Placa simple de abdomen en posición lateral, a su ingreso.

movible en sentido horizontal, no así en el vertical, indolora y de consistencia dura, polilobulada. Fosas renales libres. Resto del examen físico: prácticamente negativo.

Se le practican las siguientes investigaciones, que dan por resultado:

Orina: Normal. Heces fecales: Escasos huevos de Tricocéfalos, Coprocultivo: Negativo. Hemocitograma: Ligera anemia hipocrómica. Plaquetas: 425.000 x mmc. Duke: 3 m. Lee-White: 6 m. Sabrazés: 4 m. Eritrosedimen-

LINFOSARCOMA DE INTESTINO DELGADO EN EL NIÑO

tación (Westergreen) 10 mm. a la hora. Glucemia: 102 mgs.%. Urea: 28 mgs.%. Creatinina: 1 mg.%. Proteínas totales: 6.5 gms.%. Albúmina: 4 gm.%. Globulinas: 2.5 gms.%. Colesterol: 145 mgs.%. Serología (Kahn), negativa. Mantoux (A.T.B.C.), negativo. Presión arterial: 80 y 40 mm. Radiografías: de abdomen simple, frontal y lateral derecha. Dilatación moderada del intestino delgado por gases (fig. 1). Tracto digestivo: No se

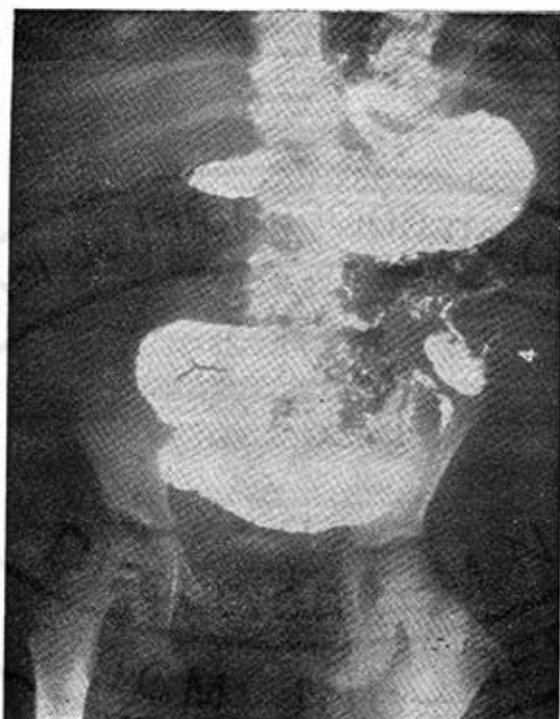


FIG. 2.—Placa de tractus digestivo a su ingreso.

observan lesiones gastrointestinales; el tránsito de la comida opaca se realiza normalmente (fig. 2). Las otras exploraciones, incluyendo la pielografía, no se realizaron porque demoraban demasiado tiempo en ser practicadas.

En estas condiciones pensamos que estábamos frente a una tumoración, posiblemente maligna del abdomen y se plantearon diferentes diagnósticos: Linfoma del mesenterio, Enfermedad de Hodgkin a forma abdominal, Tumor de Wilms, etc.

Evolución: A los 2 días de permanecer en el Servicio, las ligeras diarreas que la niña presentaba desaparecieron y continuó prácticamente asintomá-

tica, a excepción, claro está, de su tumoración abdominal, hasta el mismo día de la operación, que se realizó 8 días después de su ingreso.

Es de señalar la extraordinaria movilidad espontánea que presentaba este tumor, a tal extremo que en cuestión de horas cambiaba de lugar, ocupando, prácticamente, todas las posibles localizaciones abdominales: cuadrante superior derecho, cuadrante inferior izquierdo, hipogastrio, fosa lumbar derecha, fosa lumbar izquierda, etc., lo que hizo pensar a un compañero, que la vió por primera vez cuando asentaba en la región lumbar derecha, que se trataba de un tumor renal o de la cápsula suprarrenal de ese lado.



FIG. 3.—Aspecto macroscópico del tumor en ileon, pieza cerrada.

En este estado de dudas, y viendo que las otras exploraciones indicadas se demoraban en ser practicadas, resolvimos no perder más tiempo e indicamos la laparotomía exploradora. En el acto operatorio se encontró una tumoración localizada en el ileon terminal, de unos 10 cms. de longitud, de consistencia dura, polilobulada, situada a unos 16 cms. de la válvula iliocecal, con numerosas adenopatías en la raíz del mesenterio. No existían metastasis hepáticas visibles. Se extirpó la tumoración, comprendiendo 8 cms. de intestino sano a uno y otro extremo de dicha tumoración (fig. 3). Se envió la pieza al anatomopatólogo (Dr. Calixto Masó), quien informó: Segmento de intestino delgado, de 25 cms. de longitud (después de fijado), que presenta a 7 cms. de ambos extremos, una tumoración anular, de paredes gruesas, blanquecina, homogénea, estando delimitada de la parte sana de manera abrupta. La luz intestinal no está disminuida (fig. 4). Des-

LINFOSARCOMA DE INTESTINO DELGADO EN EL NIÑO

cripción microscópica: Se observan masas de células compuestas fundamentalmente por linfocitos y linfoblastos, con escasas células reticulares, que infiltran la mucosa, la submucosa y la muscular, llegando hasta la se-

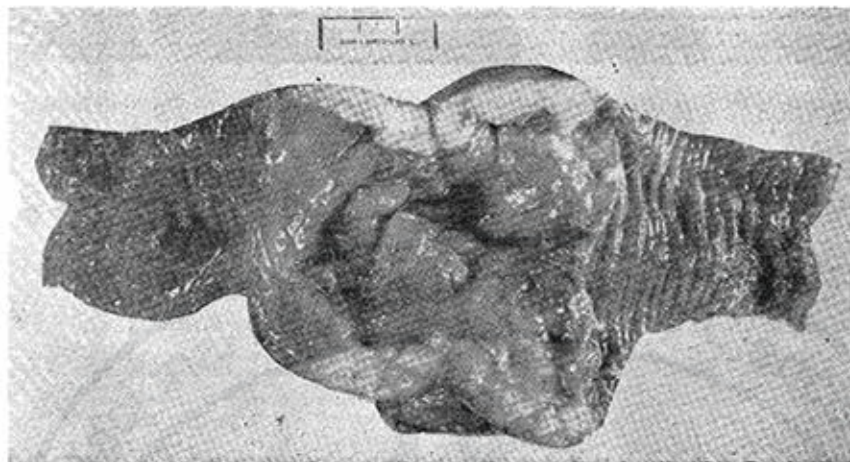


FIG. 4.—Aspecto macroscópico del tumor en ileon, pieza abierta.

rosa. En los bordes de la tumoración la mucosa intestinal está conservada, pero con infiltración linfoide y gran hiperplasia de los centros germinativos (fig. 5). Diagnóstico: Linfoma de intestino delgado. Ganglios: Adenitis inespecífica.

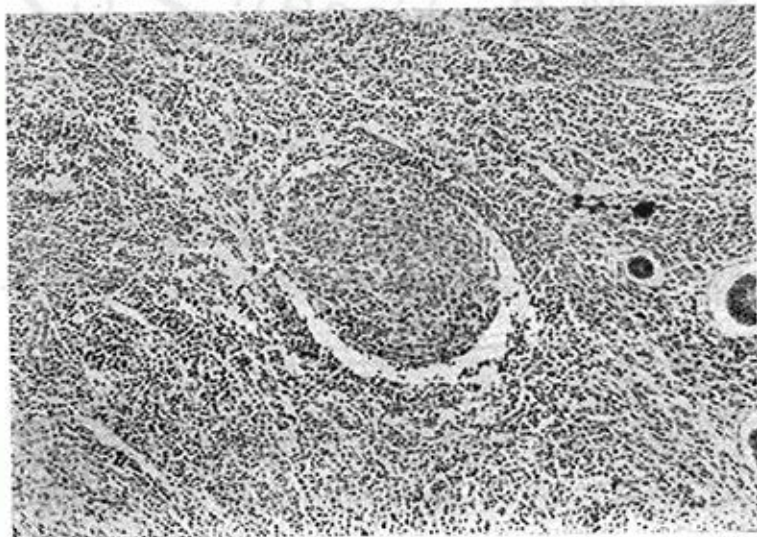


FIG. 5.—Estudio histológico del tumor en ileon.

Radioterapia: Después de su operación esta niña fue sometida a radioterapia por el Dr. Ernesto Fonts Bernal, del cual es este informe: "Irradiación con campos grandes, con la intención de irradiar la mayor zona ganglionar posible. Factores: 250 KV — 15 MA — 1 mm CU — HVL 2 mm CU. Campos: 2 posteriores y 2 anteriores. Dosis total piel: 1,600 r. Número de aplicaciones: 12. La paciente no terminó el tratamiento, ni lo realizó como se le indicó, pues la baja dosis recibida, se administró en prolongado tiempo. A pesar de la sensibilidad de este Tumor, consideramos que el tratamiento de Roentgenterapia no ha tenido gran efectividad en el resultado".

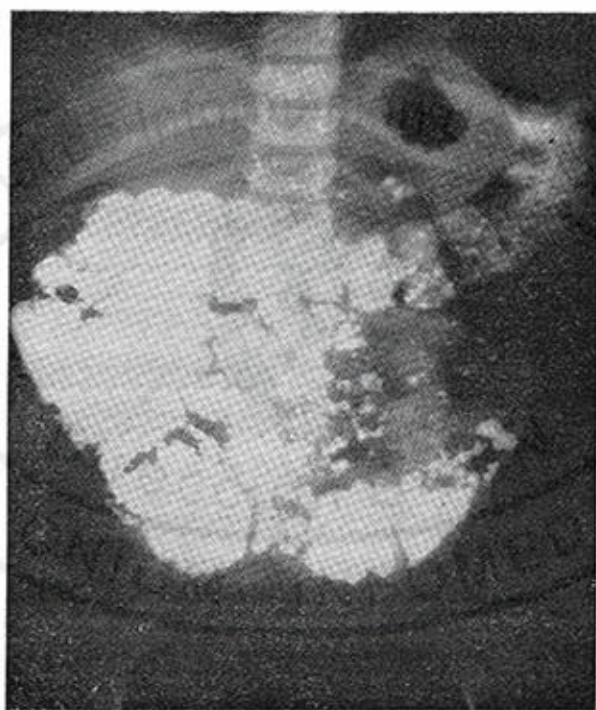


FIG. 6.—Placa de tractus digestivo del primer chequeo, 4 meses post-operada.

Chequeos: Esta niña fue dada de alta en perfectas condiciones y fue chequeada 4 meses después de su operación, así como al año y tres meses de la misma. El chequeo comprendió todos los análisis de rutina practicados a su ingreso, así como la repetición de los exámenes radiográficos de tracto digestivo (figs. 6, 7 y 8), no habiéndose encontrado anormalidad en ninguno de ellos, como tampoco desde el punto de vista del examen físico.

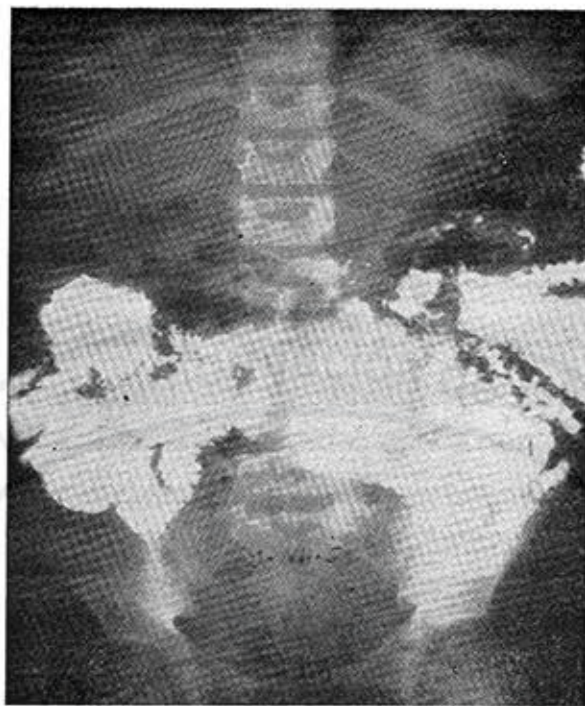


FIG. 7.—Placa de tractus digestivo del segundo chequeo, 1 año y 3 meses post-operada.

Linfosarcoma de intestino delgado: Para darnos una idea más o menos aproximada de la real frecuencia del Linfosarcoma de intestino delgado en el niño, recordaremos algunas estadísticas.

Los tumores malignos son mucho más frecuentes en el adulto que en el niño. Se estima que por cada 500 niños que ingresan en los hospitales de infancia uno padece de cáncer¹⁰. Los tumores abdominales ocupan el segundo lugar en orden de frecuencia de todos los tumores de la infancia (el primer lugar lo ocupa, las neoplasias del sistema nervioso central), entre ellos predominan, con mucho, los tumores del riñón y de la región adrenal. El cáncer es relativamente raro en el hígado, útero, próstata y aparato gastrointestinal. En este aparato la proporción es de 10 a 1 comparado con el cáncer del adulto. Cuando se localizan en este aparato lo

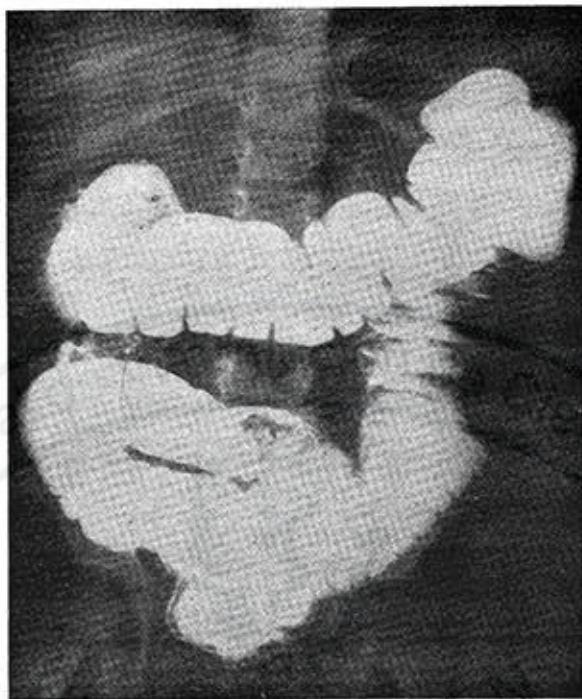


FIG. 8.—Colon por enema en el segundo chequeo, 1 año y 3 meses post-operada.

corriente es que lo hagan en el recto, siendo más raros en el colon y en intestino delgado¹¹. Entre los tumores malignos del niño el sarcoma predomina sobre el carcinoma^{12, 13}.

Siguiendo a Raiford¹⁴ podemos dividir los sarcomas intestinales en linfosarcomas, reticulosarcomas, endoteliomas, fibrosarcomas, miomas, neurofibrosarcomas y granulomas inespecíficos. De todos ellos el linfosarcoma es el más frecuente, llegando según algunos a un 14%¹⁶, mientras que otros elevan esta cifra hasta un 98%¹⁵. El sarcoma intestinal asienta preferiblemente en el íleon: 77% de los casos^{15, 17}.

Sintomatología: A veces, sobre todo al principio, lo único que el enfermo presenta es la tumoración abdominal. Pueden estar presente síntomas intestinales como cólicos, constipación, diarrea, dis-

tención abdominal, etc. A veces llega a producirse una verdadera oclusión intestinal con toda su sintomatología. En algunos casos hay síntomas referibles a compresión extrínseca de órganos vecinos. En períodos más avanzados de la dolencia hacen su aparición los signos y síntomas de la caquexia cancerosa.

Pronóstico: Muy malo, como el de toda neoplasia maligna. La muerte frecuentemente se produce dentro del primer año de diagnosticado^{18, 19}. En la literatura médica existe el caso de Charade²⁰, que fue publicado, encontrándose en perfecto estado de salud, 9 años después de tratado. Soto Pradera y colaboradores²¹ publicaron un caso que estaba bien a los 10 años de tratado, con la particularidad, que nos luce muy exclusiva, de que el tumor no pudo ser extirpado, por lo avanzado que se encontraba y solamente recibió radioterapia profunda.

Tratamiento: Como el de toda neoplasia maligna.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Presentamos un caso de Linfossarcoma de Intestino Delgado en una niña de 3 años de edad.

Se recuerdan los conceptos que el pediatra debe tener presente ante una tumoración abdominal.

Se enumeran y describen sucintamente los más frecuentes tumores abdominales de la infancia.

Se señalan los principales métodos de exploración para llegar al diagnóstico de estos tumores.

Se hace un Resumen de la Historia Clínica de nuestro caso, en que la tumoración abdominal fue el único síntoma presente, la que estaba situada en la pared del intestino delgado, respetando la luz del mismo, hecho que, unido a la gran movilidad espontánea que este tumor presentaba, parece que fue la causa de la pobre sintomatología que la niña mostró. A los 8 días de ingresada en el Hospital fue operada y luego recibió radioterapia. Los ganglios mesentéricos no mostraron, al examen histológico, más alteraciones que adenitis inespecífica, hecho que parece deberse a la precocidad de la operación y que creemos que pueda influir en el pronóstico de este caso.

La niña fue chequeada desde el punto de vista clínico, de laboratorio y radiológico a los 4 meses de operada y al año después de este chequeo, encontrándose en perfectas condiciones de salud.

Se hace especial énfasis en la importancia del diagnóstico correcto y del tratamiento quirúrgico, ambos realizados lo más precozmente posible, aún cancelando exploraciones de mayor o menor importancia en el diagnóstico, si es que éstas no pueden ser realizadas rápidamente.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

A case of lymphosarcoma of the small intestine, in a girl three years old, is presented.

The concepts that all pediatricians should have in mind, when an abdominal tumor is studied, are reviewed.

The most frequent abdominal tumors in infancy and childhood are enumerated and described.

The principal methods of exploration, to arrive to a diagnosis of an abdominal tumor, are enumerated.

A summary of the history of our patient is presented, in which the abdominal tumor was the only symptom. The tumor was located in the wall of the small intestine. Eight days after her admission she was operated upon and she received X-ray therapy in her post-operation period. The mesenteric lymph nodes, when studied under the microscope, revealed an unspecified adenitis. We think the operation was done quite early and because of the negative lymph nodes, the prognosis should be better.

The patient came back for a check-up, at the end of four months and one year post-operation. All her physical examinations, laboratory work-up and X-ray films were normal.

Special emphasis is made in the importance of a correct diagnosis and of surgical treatment, as soon as possible. When certain methods of exploration, to arrive to a correct diagnosis, can not be done in a few days, they should be abandoned in favor of early surgery.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

On présente un cas de lymphosarcome de l'intestin grêle, chez une fille de trois ans.

On revise ce que le pédiatre doit faire devant une tumeur abdominale.

LINFOSARCOMA DE INTESTINO DELGADO EN EL NIÑO

On énumère et décrit les tumeurs abdominales les plus fréquents chez les enfants.

On signale les principaux méthodes d'exploration pour arriver au diagnostique de ces tumeurs.

On fait un résumé de l'histoire clinique de notre cas. La tumeur abdominale était le seul symptom que la fille avait et elle était dans l'intestin grêle. Huit jours après son admission a l'hôpital elle fut opérée. Elle reçut de la radiothérapie dans le période post-opératoire.

Quatre mois et un an après de l'opération, elle fut examinée a l'hôpital et elle était bien portante.

On signale l'importance du diagnostique et le traitement chirurgicale, aussi precoce que possible. Ne faisant pas certaines explorations si on ne peut pas les faire rapidement.

NOTA: La niña sigue muy bien, creciendo normalmente, totalmente asintomática, a los dos años de operada.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—Gubern Salisachs, L.—Arch. Pediat. de Barcelona, sep. y nov., 1952.
- 2.—Gubern Salisachs, L. y León Giménez, F.—Diagnóstico precoz de los tumores abdominales. Arch. Pediat., España, 5 (30): 611, 1955.
- 3.—Béquez César, A.—Consideraciones sobre algunos síndromes tumorales abdominales en la infancia. Jornada Pediátrica de Santiago de Cuba, Abril 10-12, 1944.
- 4.—Campos Rey, J.—Las neoplasias en los niños. Estudio de 922 casos. Arch. Ped. del Uruguay. Sep., Oct. y Nov., 1955.
- 5.—Salas, M.—Las neoplasias en los niños. Bol. Méd. Hosp. Inf. México. Años de 1953 a 1955.
- 6.—Mac Whorter y col.—J.A.M.A., 156:695, 1954.
- 7.—Uhlmann, F. M. y Von Essen, C.—Neuroblastoma. Pediatrics: 15 (4): 402, 1955.
- 8.—Mazza, J. A. y Pianzola, L. E.—Tumor de Wilms. Arch. Argent. Pediat., Buenos Aires, 38:197, 1952.
- 9.—Alvarado, G.—Algunas consideraciones sobre el tumor de Wilms. Estudio de 8 casos. Rev. de la Ass. Méd. de Trujillo, Perú, 1:8, 1955.