

Linfomas gastrointestinales primitivos. Revisión de nuestra casuística

L.C. Capitán Morales, I. Tocino Ferrera, J.M. Pacheco García, J.M. Ortega Bevia, J. Cantillana Martínez, A. Nogales Muñoz y M.M. Vaquero Pérez.

Servicio de Cirugía General y Digestiva (Prof. José Cantillana Martínez). Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Presentamos nuestra casuística de linfomas gastrointestinales primitivos. De un total de 563 casos de tumores gastrointestinales revisados 24 correspondían a linfomas. Observamos como la localización más frecuente era la gástrica, seguida de la del intestino delgado y, en último lugar y a mucha distancia, la localización en el intestino grueso. Estudiamos la forma de presentación clínica de estos tumores, la sistemática seguida para su diagnóstico y su evolución. Concluimos con la importancia de la cirugía, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de estos tumores.

Palabras clave: *Linfomas gastrointestinales primitivos. Linfomas no hodgkinianos. Tumores gastrointestinales primitivos.*

PRIMARY GASTROINTESTINAL LYMPHOMA. REVIEW OF 24 CASES

We report our experience in primary gastrointestinal lymphomas. Of a total of 563 cases of gastrointestinal tumours, 24 were lymphomas. The most frequent localization was in the stomach followed by small bowel and finally the colon. We have studied clinical features at onset, methodology followed for diagnosis and their course. We conclude that surgery is very important not only for the diagnosis but also for the treatment of such tumours.

Key words: *Primary gastrointestinal lymphomas. Non-Hodgkin lymphomas. Primary gastrointestinal tumours.*

Introducción

El tubo digestivo es una estructura rica en tejido de estirpe linfoide que representa aproximadamente la cuarta parte del total de células de la mucosa del intestino y es el primer sistema extranodal del organismo¹. Este tejido linfoide puede sufrir transformaciones neoplásicas y constituirse en linfomas malignos. En efecto, la afectación gastrointestinal linfomatosa es relativamente frecuente, lo que es válido para los linfomas no hodgkinianos (LNH) ya que la participación en el tubo digestivo de los linfomas hodgkinianos es excepcional y secundaria².

Los LNH constituyen un grupo de neoplasias del sistema linfoide caracterizadas por su gran heterogeneidad y compleji-

dad. Varias circunstancias han contribuido a la gran confusión que existe actualmente en este tema, entre las que destacan las distintas denominaciones que a lo largo de los años se aplicaron a los mismos procesos y la existencia de múltiples clasificaciones diferentes para un mismo proceso. Actualmente sólo tres clasificaciones siguen vigentes: la de Rappaport³, la de Lukes-Collins⁴ y la Working Formulation (tablas 1-3).

Otros de los puntos que confieren complejidad a este tema son su forma de presentación clínica, que induce a error con otros procesos, las dificultades diagnósticas que origina y la falta de unanimidad en lo que se refiere al tratamiento.

Material y método

En un período de tiempo comprendido entre enero de 1975 y enero de 1990 se han tratado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla un total de 563 casos de tumores gastrointestinales. De entre todos ellos extrajimos los correspondientes a linfomas gastrointestinales primitivos y estudiamos su forma de presentación, los procedi-

Correspondencia: Dr. L.C. Capitán Morales.
Residencia Milanos, 3.ª Fase, Casa 11.
41007 Sevilla.

Aceptado para su publicación el 20 de octubre de 1990.

TABLA 1. Clasificación de Rappaport de los linfomas no hodgkinianos

Linfomas nodulares
Linfoma linfocítico pobremente diferenciado
Linfoma histiocítico
Linfoma mixto (linfocítico-histiocítico)
Linfomas difusos
Linfoma linfocítico bien diferenciado
Linfoma linfocítico pobremente diferenciado
Linfoma linfoblástico
Linfoma histiocítico
Linfoma mixto (linfocítico-histiocítico)
Linfoma indiferenciado (tipo Burkitt o no)

TABLA 2. Clasificación de Lukes-Collins de los linfomas no hodgkinianos

Linfomas de células B
Pequeño linfocítico
Linfoma de células centofoliculares
Células pequeñas hendidas
Células grandes hendidas
Células pequeñas no hendidas
Células grandes no hendidas
Sarcoma inmunoblástico
Linfocítico plasmocitoide
Linfomas de células T
Pequeño linfocítico
Linfocítico cerebriforme
Sarcoma inmunoblástico
Linfomas histiocíticos
Linfomas de células indefinidas

TABLA 3. Clasificación Working Formulation

Linfomas con baja malignidad (supervivencia del 50-70 %)
Linfocítico pequeño
Folicular con predominio de células pequeñas hendidas
Folicular mixto con células pequeñas hendidas y grandes
Linfomas con malignidad intermedia (supervivencia del 35-45 %)
Folicular con predominio de células grandes
Difuso de células pequeñas hendidas
Difuso mixto con células pequeñas y grandes
Difuso de células grandes
Linfomas con alta malignidad (supervivencia del 23-32 %)
Linfoma inmunoblástico
Linfoma linfoblástico
Linfoma de células pequeñas no hendidas (Burkitt)
Miscelánea
Micosis fungoide
Histiocítico verdadero
Plasmocitoma extramedular
Inclasificables

mientos diagnósticos empleados en cada caso, el tratamiento efectuado y su evolución tras el tratamiento.

Resultados

Del total de 563 casos revisados de tumores gastrointestinales 24 de ellos eran linfomas, lo que equivale a un 4,26 %. Los tumores gástricos revisados fueron en total 203, de los que 13 eran linfomas. Esto corresponde al 2,3 % del total de los tumores gastrointestinales y al 6,4 % del total de tumores gástricos. De 31 tumores de intestino delgado recogidos, nueve eran linfomas, es decir, el 29,03 % de ellos y el 1,59 % del total de

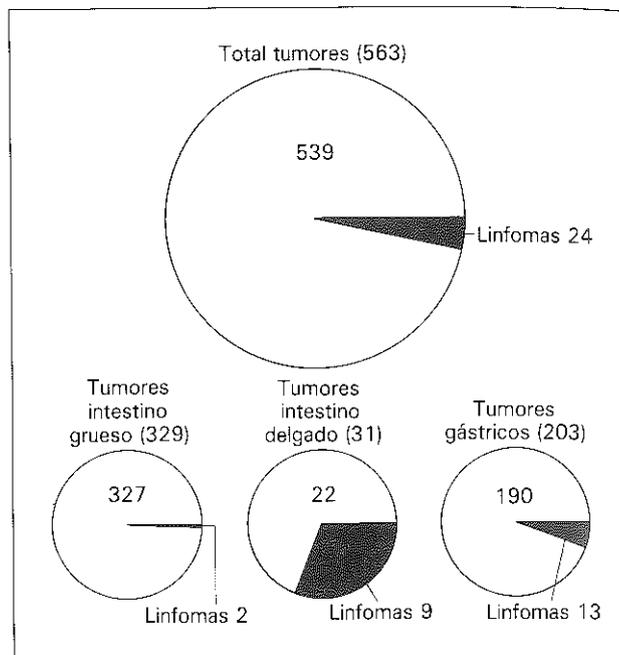


Fig. 1. Representación gráfica de la frecuencia de los linfomas primitivos gastrointestinales en relación al total de los tumores y según su localización.

tumores gastrointestinales. Por lo que respecta a los linfomas de intestino grueso, de un total de 329 recogidos sólo se identificaron 2 casos de linfomas, lo que corresponde al 0,6 % de los tumores de intestino grueso y al 0,35 % del total de neoplasias gastrointestinales (fig. 1).

En lo que respecta a la localización de los linfomas en el tracto gastrointestinal, en nuestra serie hemos observado que la localización más frecuente es la gástrica (54,16 %), seguida del intestino delgado (37,5 %) y en último lugar, a mucha distancia, la localización en el intestino grueso (8,33 %).

Linfomas gástricos

De los 13 linfomas gástricos estudiados 8 correspondían a varones y 5, a mujeres, con una relación de 4/2,5. Las edades de presentación estuvieron entre los 26 y 72 años, con un promedio de 54,76, siendo el tiempo de evolución entre el inicio del cuadro clínico y el diagnóstico de 2 meses a 4 años (media de 15,44 meses).

Los síntomas que motivaron la consulta fueron los siguientes: en el 100 % de los casos los enfermos presentaban alguna forma de epigastralgia, en 7 casos (53,8 %) presentaban vómitos, en seis (46,15 %) pérdida de peso, en cuatro (30,76 %) hematemesis, en otros cuatro náuseas (30,76 %) en dos anorexia (15,38 %) y en uno ardores, tumoración, fiebre, diarrea y disfagia.

Para llegar al diagnóstico se empleó la gastroscopia en los 13 pacientes y en nueve de ellos se asoció con toma de biopsia. En 4 casos se practicó un estudio gastroduodenal y uno requirió la práctica de una laparoscopia. La gastroscopia sólo realizó un diagnóstico de sospecha en un caso, lo que hace muy bajo su índice de fiabilidad, teniendo además un alto índice de falsos negativos (50 %) que fueron etiquetados endoscópicamente como úlceras pépticas o pólipos gástricos benignos. La biopsia endoscópica, practicada en 9 pacientes, sólo confirmó el diag-

nóstico de linfoma en 4 casos, mientras que los restantes fueron diagnosticados como úlcus péptico, adenocarcinoma y como tumor maligno indiferenciado. Así, el índice de falsos negativos fue también elevado para esta prueba (33,33 %) considerada de mayor fiabilidad. El estudio gastroduodenal, practicado en 4 casos, sólo arrojó sospechas de neoformación gástrica. La laparoscopia, tan sólo realizada en un caso, no fue definitiva.

Los 13 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y sólo un caso se consideró como irreseccable, realizándose únicamente toma de biopsia. En 6 pacientes se practicó gastrectomía subtotal, en dos gastrectomía subtotal más esplenectomía y en cuatro se recurrió a la gastrectomía total más esplenectomía y omentectomía en *monoblock*.

El estudio histológico de los tumores mostró los siguientes resultados: linfoma linfocítico de células pequeñas hendidas en 5 casos, linfoma inmunoblástico en 3 casos, linfoma linfoblástico difuso en 2 casos, linfoma mixto en otros dos y linfoma linfocítico pequeño en un solo caso.

El estudio histológico de los ganglios regionales mostró los siguientes hallazgos: linfadenitis reactiva en 2 enfermos, afectación ganglionar extrínseca en un caso, hiperplasia folicular reactiva en otro caso y metástasis ganglionar en otro caso.

Con respecto al estadio evolutivo, según la clasificación de Ann Arbor (tabla 4), en el estadio I se encontraban 5 pacientes, seis en el estadio II, y uno en los estadios III y IV, respectivamente.

En 10 pacientes se empleó además tratamiento poliquimioterápico por parte del servicio de oncología. En 5 pacientes se aplicaron ciclos de CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona), en tres se aplicaron ciclos de CVP (ciclofosfamida, vincristina y prednisona) y en los dos restantes se aplicaron ciclos de CVP más bleomicina.

La evolución fue buena en 6 casos, apareciendo en los restantes diferentes complicaciones (gastritis de boca anastomótica, nódulo pulmonar solitario, ictericia, anemia megaloblástica y hemorragia digestiva fulminante).

El tiempo medio de seguimiento fue de 4,2 años, oscilando entre uno y 8 años. Cuatro de los enfermos fallecieron antes de los 12 meses, y otro a los 6 años. Un paciente sigue vivo y con un buen estado general a los 8 años y desconocemos lo sucedido con los restantes, al no presentarse a las revisiones periódicas.

Linfomas intestinales

Se han revisado 11 casos, nueve correspondientes a linfomas de intestino delgado y dos a linfomas de colon. De los 9 casos de linfoma de intestino delgado, seis correspondían a varones y tres a mujeres, con un predominio, por tanto, de varones de 2/1. La edad promedio de presentación fue de 41,1 años, con edades límites de 27 y 68 años. Los 2 casos de linfomas de intestino grueso correspondían a 2 varones de 67 y 73 años y en ambos casos la tumoración se localizaba a nivel del ciego.

La clínica de presentación de estos tumores fue variable. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal, que estaba presente en siete de los casos (63,63 %), seguido de la palpación de tumoración abdominal en 5 casos (45,45 %). En 4 casos (36,36 %) se presentaron náuseas y vómitos, en tres (27,27 %) astenia, anorexia y pérdida de peso mayor de 5 kg, en dos (18,18 %) alteración del tránsito intestinal con alternancia de diarrea y estreñimiento y en un caso (9,09 %) se presentaron diferentes síntomas, como diarrea, pirosis, sensación de plenitud posprandial, disuria y polaquiuria.

TABLA 4. Clasificación de ANN ARBOR

Estadio I _E	La enfermedad sólo afecta a estómago e intestino
Estadio II _E	Afectación gastrointestinal y de uno o más grupos ganglionares regionales de drenaje de la víscera afectada
Estadio III	El proceso afecta por encima y por debajo del diafragma
Estadio IV	Afectación de otros órganos extralinfáticos, además del tubo digestivo, esto es, diseminación

Para llegar al diagnóstico se emplearon diferentes exploraciones complementarias, como la radiología simple de abdomen, estudio radiológico gastroduodenal, tránsito intestinal y ultrasonografía abdominal, pero ninguna de estas exploraciones fue definitiva, a lo sumo en algunos casos mostraban la existencia de una tumoración abdominal inespecífica. Se recurrió a la laparoscopia en una ocasión y sólo evidenció la existencia de asas intestinales engrosadas, duras e hiperémicas. La rectocolonoscopía, practicada en dos ocasiones, fue normal en una y en otra demostró tumoración a nivel de ciego. En todos los casos la laparotomía exploradora y el examen anatomopatológico ulterior fueron los que dieron el diagnóstico de certeza.

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. Se realizó tratamiento quirúrgico exerético seguido de anastomosis terminoterminal en cinco de los pacientes portadores de linfoma de intestino delgado, mientras que a los restantes, dada la extensión del proceso, sólo se les realizó toma de biopsia. Los 2 enfermos con linfoma de intestino grueso tenían su enfermedad localizada a nivel del ciego, pero con infiltración del intestino delgado y adenopatías regionales, por lo que sólo se les practicó una hemicolectomía derecha con criterios paliativos.

Por lo que respecta a la forma histológica de los linfomas de intestino delgado, 7 de los 9 (77,7 %) eran de malignidad intermedia, correspondiendo 4 casos a linfomas difusos de células grandes, dos a linfomas difusos mixtos y uno a linfoma difuso de células pequeñas. De los otros 2 casos, uno correspondía a un linfoma de baja malignidad (linfoma de células pequeñas) y el otro a un linfoma de alta malignidad (linfoma linfoblástico). Los dos linfomas cecales correspondían a linfomas de alta malignidad (linfoma linfoblástico).

Según la clasificación de ANN ARBOR, dos de los pacientes portadores de linfoma de intestino delgado se encontraban en el estadio I, cinco en el estadio II y dos en el estadio III. Los 2 casos de linfoma de intestino grueso se encontraban en el estadio III.

A 8 pacientes se les administró tratamiento poliquimioterápico, en 4 casos se administraron ciclos de CHOP y en otros cuatro, ciclos de CVP.

De los 9 casos de linfomas de intestino delgado, cinco no han seguido los controles posteriores a la quimioterapia desconociendo su estado actual, dos permanecen vivos y asintomáticos, pasando revisiones periódicas y los dos restantes fallecieron a consecuencia del empeoramiento de su estado general. Los 2 casos de linfomas de intestino grueso fallecieron antes del año por lo avanzado de su estado evolutivo en el momento del diagnóstico.

TABLA 5. Criterios clínicos del linfoma primitivo gastrointestinal

Ausencia de adenopatías periféricas palpables
Ausencia de alteraciones mediastínicas en el estudio radiográfico del tórax
Que la afectación del tracto gastrointestinal sea la lesión predominante en la laparatomía, con o sin afectación ganglionar regional
Fórmula y recuento leucocitario normal
Ausencia de compromiso hepático y/o esplénico

Discusión

La primera dificultad existente al tratar el tema de los linfomas gastrointestinales es discernir si se trata de un proceso linfoproliferativo primario del tubo digestivo o bien de una afectación secundaria, es decir, por diseminación o propagación de un proceso ganglionar. En 1961 Dawson⁵ estableció los criterios clínicos para el diagnóstico de los linfomas primarios del tracto gastrointestinal (tabla 5). Actualmente estos criterios siguen estando vigentes, aunque no siempre son aplicables ni sirven para diferenciar con certeza los linfomas gastrointestinales primitivos de los secundarios, por lo que no son universalmente compartidos. Por otra parte, no incluirían aquellas neoplasias que habiéndose originado en el tejido linfoide del tracto digestivo se encontrasen diseminadas por otras regiones del organismo en el momento del diagnóstico. Hay autores, como Lewin⁶, que prefieren considerar como linfoma primario aquel que afecta predominantemente al tubo digestivo desde el punto de vista anatomopatológico y clínico, o como Herrmann⁷, quien considera primarios a los linfomas que se inician con síntomas gastrointestinales y secundarios aquellos en los que la localización digestiva se confirma tras el diagnóstico previo de linfoma extraabdominal. En el presente trabajo y a pesar de sus limitaciones hemos seguido los criterios de Dawson⁵ para considerar a un linfoma como primario del tracto gastrointestinal.

En lo que se refiere a frecuencia, existe unanimidad en admitir que el tracto gastrointestinal es el lugar de localización más frecuente del linfoma extranodal primario. Aún así, son relativamente raros, constituyendo entre el 1 y el 4% de todas las neoplasias gastrointestinales según Loehr y Contreary^{8,9}. El órgano más frecuentemente afectado es el estómago (48-73%) donde constituyen menos del 5% de todos los tumores malignos gástricos, como se desprende de las series de Jensen¹⁰, Hertzler¹¹, Connors¹², Kay¹³ y Lewin⁶. A la localización gástrica le sigue en frecuencia la del intestino delgado (14-37%) según Fleming¹⁴, representando entre el 19 y el 27% de los tumores malignos de esta región del tubo digestivo para Rambaud¹⁵. En último lugar se encuentra la región colorrectal (9-12%), suponiendo el 0,2% de los tumores malignos¹⁴. Como se puede observar, en nuestra revisión hemos obtenido una frecuencia similar a la de los diferentes autores consultados.

Un punto especialmente conflictivo es el que se refiere a la clasificación de los LNH. Tres clasificaciones han alcanzado una mayor preponderancia y aceptación; estas son la de Rappaport³, la de Lukes-Collins⁴ y la Working Formulation (tablas 1-3). La clasificación de Rappaport, modificada por Byrne¹⁶, es una clasificación eminentemente histológica y considera a los tumores más o menos diferenciados según el tamaño del núcleo y de la propia célula, configuración nuclear, disposición de la cromatina y presencia o no de nucléolos, utilizando como referencia el núcleo de las células histiocíticas normales. La clasificación de Lukes-Collins se basa íntegramente en rasgos morfológicos,

agrupando a los LNH según sus orígenes a partir de linfocitos T, B o histiocitos y propone que dichos linfomas se desarrollan como consecuencia de un bloqueo o "desrepresión" en la transformación de las células T o B. La Working Formulation es una clasificación eminentemente clínica y diferencia los LNH en tres grandes grupos pronósticos, según la supervivencia a los 5 años de su diagnóstico. Sin lugar a dudas la Working Formulation supone una clasificación de enorme interés desde el punto de vista pronóstico motivo por el que está adquiriendo mayor prevalencia ante el clínico; no obstante, las clasificaciones de Rappaport y de Lukes-Collins siguen estando vigentes y nos pueden servir de vía de iniciación para el conocimiento anatomopatológico de los LNH.

Al margen de la gran diversidad de opiniones para agrupar ordenadamente los LNH, la mayoría de los autores coinciden en aceptar una serie de hechos:

1. La mayor parte de los LNH proceden de células linfoides centrolímbicas en vías de transformación.
2. El tipo histológico de aparición más frecuente es el linfoma histiocítico difuso (50%), siendo también el de peor pronóstico^{6,17-19}.
3. Los linfomas linfocíticos, nodulares o difusos, bien o pobremente diferenciados, son los que siguen en frecuencia al anterior^{6,17-19}.
4. El patrón de crecimiento más habitual es el difuso, aunque el nodular es el que posee mejor pronóstico²⁰.

Además de una clasificación anatomopatológica se impone la necesidad de utilizar una determinada clasificación que sistematice el estadiaje o momento evolutivo del proceso. En general, la más utilizada es la clasificación de Ann Arbor modificada por Musshof²¹, que consta de cuatro estadios clínicos y patológicos.

Las manifestaciones clínicas de los linfomas gastrointestinales son muy variables y su forma de presentación va a depender fundamentalmente de una serie de aspectos tales como las características anatómicas de la lesión, la localización, la forma, el tamaño y el carácter evolutivo de estas neoplasias. La sintomatología del linfoma primitivo gástrico es indistinguible de la de cualquier otro tipo de tumor gástrico maligno y, en nuestro medio, la mayoría de estos pacientes llegan al quirófano sin un diagnóstico cierto o bien erróneamente catalogados de carcinoma, úlcera, tumor benigno, gastritis hipertrófica o de poliposis, lo que nos ratifica la forma de manifestarse tan inespecífica de estos procesos. El síntoma de presentación más frecuente es el dolor abdominal alto, con características similares a las del úlcus gastroduodenal. La clínica de los linfomas primitivos intestinales es igualmente inespecífica. El síntoma que con mayor frecuencia aparece es el dolor abdominal, aunque en este caso presenta mayor variabilidad en su forma de manifestarse que los linfomas de localización gástrica, pudiendo aparecer como un dolor sordo, profundo, poco preciso en cuanto a su localización y a veces con exacerbaciones tras la ingesta; o bien como un dolor de tipo cólico, acompañado de náuseas y vómitos. Conviene destacar que en ocasiones se presentan como cuadros obstructivos agudos o crónicos, constituyendo, a veces, verdaderas urgencias quirúrgicas.

El diagnóstico de los linfomas gastrointestinales primitivos es difícil. La sospecha clínica de la posible existencia de un linfoma primitivo gástrico se nos plantea ante un enfermo de mediana edad con sintomatología ulcerosa de larga evolución y que no responde de forma correcta al tratamiento, lo que nos induce a

TABLA 6. Pautas de tratamiento en el linfoma gastrointestinal primitivo

<i>Linfoma primitivo gástrico</i>	
Estadio I _E	Cirugía curativa (resección con amplios márgenes) Radioterapia locorregional
Estadio II _E	Cirugía (resección con amplios márgenes más linfadenectomía regional) Radioterapia locorregional
Estadio III	Cirugía (biopsia o resección paliativa) Quimioterapia Radioterapia en enfermedad residual
Estadio IV	Cirugía (biopsia o resección paliativa) Quimioterapia Radioterapia en enfermedad residual
<i>Linfoma primitivo del intestino delgado</i>	
Estadio I _E	Cirugía curativa (resección con amplios márgenes) Radioterapia abdominal total
Estadio II _E	Cirugía curativa (resección con amplios márgenes) Radioterapia abdominal total
Estadio III	Cirugía (biopsia o resección paliativa) Quimioterapia Radioterapia en enfermedad residual
Estadio IV	Cirugía (biopsia o resección paliativa) Quimioterapia Radioterapia en enfermedad residual
<i>Linfoma primitivo del intestino grueso</i>	
Estadio I _E	Cirugía curativa (resección con amplios márgenes) Radioterapia abdominal total
Estadio II _E	Cirugía (resección con amplios márgenes) Radioterapia abdominal total Quimioterapia
Estadio III	Cirugía (biopsia o resección paliativa) Quimioterapia Radioterapia local en enfermedad residual
Estadio IV	Cirugía (biopsia o resección paliativa) Quimioterapia Radioterapia local en enfermedad residual

realizar un estudio baritado gastroduodenal y una endoscopia gástrica con toma de biopsia o citología, siendo estas últimas las exploraciones de mayor utilidad para llegar al diagnóstico. La sospecha clínica de la presencia de un linfoma primitivo intestinal es suscitada ante la aparición de un síndrome de malabsorción en un paciente de mediana edad, con una historia previa de corta duración, acusada pérdida de peso y dolor abdominal. Las exploraciones complementarias que más ayudan al diagnóstico son el tránsito baritado intestinal y la endoscopia y biopsia peroral, aunque en la mayoría de los casos el paciente llega a la mesa de operaciones sin un diagnóstico de certeza.

En lo que respecta al tratamiento, hay que destacar que actualmente no existe unanimidad y que el papel individual desempeñado por las diferentes modalidades terapéuticas (cirugía, radioterapia y quimioterapia) son temas actuales de debate. Las razones que justifican dicha controversia son varias y entre ellas destacamos:

1. La escasa frecuencia y gran heterogeneidad de estos tumores.
2. La ausencia de una clasificación histopatológica uniforme.
3. El desconocimiento de la verdadera historia natural de la enfermedad.
4. La falta de criterios que evalúen correctamente la respuesta al tratamiento y la evolución de estos enfermos.

No obstante, a pesar de las controversias existentes son obvios los avances realizados en relación a las pautas terapéuticas, pues en los años sesenta el tratamiento primario de los linfomas gastrointestinales era la resección quirúrgica seguida de radioterapia, mientras que en la actualidad el progresivo avance de los tratamientos poliquimioterápicos en el control de los LNH, ha hecho que se reconsidere el papel de la cirugía y la radioterapia. De los datos acumulados en la literatura, se pueden extraer una serie de pautas de tratamiento atendiendo a la localización y al estadio de los linfomas primitivos gastrointestinales (tabla 6).

Actualmente es indiscutible la importancia de la poliquimioterapia y de la radioterapia en el tratamiento de los LNH. Sin embargo, después de analizar nuestros resultados, seguimos pensando en el valor fundamental de la cirugía. Para realizar esta aseveración nos basamos en una serie de hechos:

1. En primer lugar, porque aquellos enfermos que se encontraban en estadios iniciales de la enfermedad y que por tanto fueron intervenidos quirúrgicamente con criterios curativos, evolucionaron favorablemente y con una tasa mayor de supervivencia.
2. En segundo lugar, porque incluso cuando la cirugía se realiza exclusivamente con criterios paliativos, mejora la evolución al evitar complicaciones posteriores.
3. En tercer lugar, porque en aquellos casos avanzados en los que la intervención se limitó tan sólo a la toma de biopsia, fue el examen anatomopatológico el que proporcionó el diagnóstico de certeza, pudiéndose los pacientes beneficiar de un tratamiento complementario adecuado.

Bibliografía

1. Brandtzaeg P, Valnes K, Scott H, Rognum TO, Bjerke K, Baklien K. The human gastrointestinal secretory immune system in health and disease. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20 (supl. 114): 17-38.
2. Rundles RW. Malignant lymphomas of the gastrointestinal tract. *Cancer* 1974; 34: 948-952.
3. Rappaport H. Tumors of the hematopoietic system. *Atlas of tumor pathology* 1966; 3: 8.
4. Lukes RJ, Collins RD. Lukes-Collins classifications and its significance. *Cancer Treat Rep* 1977; 61: 971-979.
5. Dawson IMP, Corners JS, Morson BC. Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. *Brit J Surg* 1961; 59: 80-89.
6. Lewin JK, Ranchod M, Dorfman RF. Lymphomas of the gastrointestinal tract. A study of 117 cases presenting with gastrointestinal disease. *Cancer* 1978; 42: 693-707.
7. Herrmann R, Panahon AM, Barcos MP. Gastrointestinal involvement in non-Hodgkin lymphoma. *Cancer* 1980; 46: 215-222.
8. Loehr WJ, Mujahed Z, Zhan D, Gray GF, Thorbjarnerson B. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract: A review of 100 cases. *Ann Surg* 1969; 170: 232-238.

9. Contreary K, Nance FC, Becker WF. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg* 1980; 191: 593-598.
10. Jensen FB. Primary gastric sarcoma. A review of the literature and report of nine personal cases. *Acta Chir Scand* 1967; 133: 139-151.
11. Hertzner NR, Hoer SO. An interpretive review of lymphoma of the stomach. *Surg Gynecol Obstet* 1976; 143: 113-124.
12. Connors J, Wise L. Management of lymphomas. *Am J Surg* 1974; 127: 102-108.
13. Kay S. Lymphoid tumors of the stomach. *Surg Gynecol Obstet* 1964; 118: 1.059-1.066.
14. Fleming JD, Mitchell S, Dilawari RA. The role of surgery in the management of gastric lymphoma. *Cancer* 1982; 49: 1.135-1.141.
15. Rambaud JC, Bognel C, Prost A et al. Clinicopathological study of a patient with Mediterranean ean type of abdominal lymphoma and a new type of IgA abnormality (alpha chain disease) *Digestion* 1968; 1: 321-326.
16. Byrne GB. Rappaport classification of not Hodgkin's lymphoma. Histologic features and clinical significance. *Cancer Treat Rep* 1977; 61: 935.
17. Shiu MM, Karas M, Nisce L, Lee BJ, Filippa DA, Lieberman PH. Management of primary gastric lymphoma. *Ann Surg* 1982; 195: 196-202.
18. Shim DS, Dosoretz DE, Anderson T, Lingood RM, Harris NL, Wang CC. Primary gastric lymphoma. An analysis with emphasis on prognostic factor and radiation therapy. *Cancer* 1983; 52: 2.044-2.048.
19. Lim FE, Hartman AS, Tan EGC, Cady B, Meissner WA. Factors in the prognosis of gastric lymphoma. *Cancer* 1977; 39: 1.715-1.720.
20. Vanden-Heule B, Van Kerken C, Heimann R. Benign and malignant lymphoid lesions of the stomach. A fication for non-Hodgkin's lymphomas. *Histopathology* 1979; 3: 309-320.
21. Musshoff JF, Carbone PP, Kaplan HS, Smithers DW, Tubiana M. Report of the Comitee on Hodgkin's disease staging classification. *Cancer Res* 1971; 31: 1.860-1.861.