

DIAGNÓSTICO MEDIANTE LAPAROSCOPIA DE ENFERMEDAD DE HODGKIN. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. GARCÍA GARCÍA, M.A. TRÍVEZ BONED, D. PASCUAL REGUEIRO,
C. SANCHO SERRANO, M. BLAS MARÍN, L.A. RIOJA SANZ

Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

PALABRAS CLAVE:

Laparoscopia, Hodgkin, Adenopatías.

KEY WORDS:

Laparoscopy, Hodgkin, Adenopatics masses.

Actas Urol Esp. 26 (4): 286-289, 2002

RESUMEN

La practica de cirugía laparoscópica con fines diagnósticos en Urología, aparte de las consabidas indicaciones (búsqueda de teste ectópico, linfadenectomía, etc.), tiene otra serie de indicaciones diagnosticas en conjunción con otras especialidades médicas. En el caso que presentamos, los Servicios de Urología y de Hematología llevan a cabo la diagnosis en un paciente de Enfermedad de Hodgkin, con el posterior tratamiento y seguimiento por parte de este último Servicio.

La Enfermedad de Hodgkin, con una presentación clínica inespecífica, debuta en diversas ocasiones con la aparición de conglomerados adenopáticos detectados mediante la Ecografía o el TAC.

El tratamiento y el pronóstico de la enfermedad vienen determinados por el subtipo histológico y por la extensión del proceso.

ABSTRACT

Laparoscopic Surgery with diagnosis objectives in Urology, has many others indications related with different medical specialties, apart from the ones for the urologic area (ectopic teste, linfadenectomy, etc...).

In our case , the Services of Urology and Hematology, diagnosed a Hodgkin's disease case. The Service of Hematology realized treatment and evolution.

Sometimes , the unspecific clinical presentations of the Hodgkin's disease, shows adenopatics masses, detected by Ecografy or TAC.

Treatment and prognosis of the Hodgkin's disease, are related with the histological subtype and its spreading.

Hoy en día las indicaciones de la cirugía laparoscópica en el campo de la urología están bien definidas (linfadenectomía en el estadiaje del cáncer de próstata, cirugía de la incontinencia, búsqueda de teste ectópico y seleccionados casos de nefrectomía y suprarrenalectomía) fundamentalmente.

No obstante, en conjunción con otras especialidades nos podemos servir de ella para llegar a

fines diagnósticos como puede ser la obtención de materiales para biopsia en el territorio retroperitoneal.

Presentamos un caso conjuntamente con el servicio de hematología de extracción de material ganglionar para-aórtico con el fin de diagnosticar y estadiar una enfermedad linfoproliferativa.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 47 años de edad, que consulta por cuadro de prostatismo de larga evolución. En los últimos meses refiere dolor en hipogastrio, así como febrícula de presentación vespertina.

Como antecedentes presentaba haber sido intervenido de hernia discal, así como ser fumador desde hace años. Además, refería prurito en extremidades inferiores desde hacia aproximadamente cinco años.

A la exploración presentaba adenomegalias inguinales bilaterales, además de una hipertrofia eritematosa amigdalar, siendo el resto de la exploración irrelevante.

En analítica se aprecian unas constantes corpusculares normales, con una tendencia macrocítica de la serie roja. Presenta $11,5 \times 10^9$ leucocitos, con 85% de segmentados, 1% de eosinófilos, 5% monocitos y 9% linfocitos, así como una VSG de 108.

En el proteinograma se observa una proteinemia de 6,90. Con electroforesis del suero se aprecia una hipoalbuminemia de 2,68g/dl y un aumento de las fracciones alfa 1 y alfa 2 globulínicas como reactantes de fase aguda. Asimismo existe un aumento policlonal de fracción gamma a expensas de sus componentes IgG e IgA (1500 Y 709mg/dl respectivamente.)

En Ecografía abdominal se aprecia un aumento del tamaño prostático. Además, se observan formaciones nodulares redondeadas extravesicales de 4-6cm, agrupadas en torno a la arteria iliaca izquierda compatibles con adenomegalias.

En T.A.C Toraco-abdominal se aprecian ganglios axilares que no se pueden considerar como patológicos. No se aprecian adenopatías mediastínicas ni afectación pulmonar.

Hígado y riñones normales. Adenopatías retroperitoneales que ocupan la cadena para-aórtica izquierda y el espacio inter aorto-cava y que se extienden por el espacio lumbo-aórtico hasta bifurcación aorto-iliaca.

A dicho nivel, se observa masa ganglionar voluminosa que desplaza arteria y vena ilíacas, extendiéndose por cadena adenopática de iliaca externa izquierda (Fig. 1).

Se realiza una biopsia-punción codirigida en la cual no se obtiene material suficiente para realizar un diagnóstico.

Figura 1: Masa adenopática a nivel de la bifurcación aorto-iliaca, que desplaza arteria y vena ilíacas.

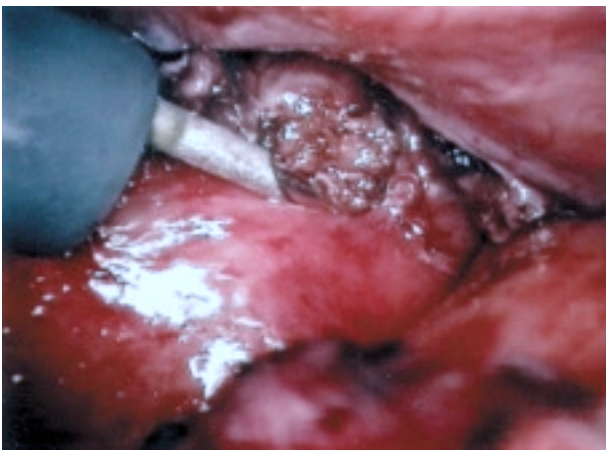
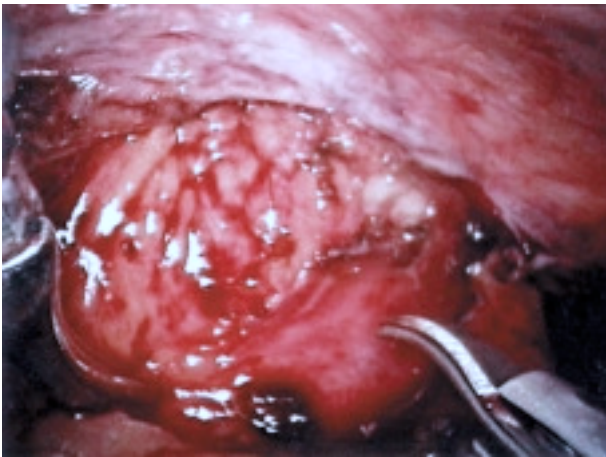
Por todo ello y en colaboración con el Servicio de Hematología se decide la realización de una exploración laparoscópica retroperitoneal diagnóstica. Para ello se utiliza un trocar de Hasson y dos trocres accesorios. A través de la línea paracólica izquierda se accede a la cavidad retroperitoneal, apreciándose la masa adenopática descrita en el T.A.C a nivel de la bifurcación aorto-iliaca (Figs. 2 y 3).

Se extraen dos cilindros intraoperatorios, siendo la anatomía patológica compatible con Enfermedad de Hodgkin.

Además, se extrae una cuña de tejido para el diagnóstico posterior definitivo. La anatomía patológica describe tejido fibroconectivo y adiposo masivamente infiltrado por proliferación linforeticular heterogénea que se dispone difusamente. La población celular esta constituida por linfocitos y células plasmáticas, eosinófilos y células de gran talla tipo Hodgkin y ocasionalmente tipo Red-Sternberg.

El diagnóstico definitivo describe una Enfermedad de Hodgkin variedad celularidad mixta estadio III-b infradiafragmático.

Se inicio entonces poliquimioterapia por parte del Servicio de Hematología con el esquema alternante C-MOPP/ ABVD del que recibió un total de 12 ciclos. Con posterioridad (un año después), presento en T.A.C recidiva ganglionar en cadenas iliaca externa y primitiva izquierdas, siendo tratado con 11 ciclos de CHOP/ADVP alternantes junto con Telecobaltoterapia sobre campo infradiafrag-



Figuras 2 y 3: A través de la línea paracólica izquierda, se accede al espacio retroperitoneal. Disección de la hoja posterior peritoneal e identificación de la masa ganglionar.

mático, según técnica de Y invertida con dos campos anterior y posterior opuestos de 33x20cm (18 sesiones).

En la actualidad el paciente permanece asintomático, sin signos en los T.A.C periódicos de recidiva, siendo controlado por el Servicio de Hematología.

DISCUSIÓN

El paso del tiempo se ha encargado de demostrar la progresiva aceptación de las técnicas quirúrgicas endoscopias en el terreno de la Urología, estando claramente respaldada por sus múltiples ventajas y muy especialmente por el hecho de aunar una alta eficacia con una menor morbilidad quirúrgica¹.

Todos estos cambios han incidido de manera muy especial en nuestras estrategias diagnósticas

y terapéuticas, llevándonos además de las intervenciones propias urológicas, a una serie de intervenciones no específicas de la urología, como en el caso de la exploración diagnóstica de masas retroperitoneales¹. El caso que nos ocupa es un ejemplo de intervención endoscópica diagnóstica al que se une la colaboración del Servicio de Hematología.

El linfoma de Hodgkin es una forma relativamente frecuente de linfoma maligno, cuya etiología continua siendo un misterio, teniendo probablemente un origen multicéntrico². En la actualidad se piensa que pudiera tener un origen vírico, asociado a factores genéticos y ambientales^{3,4}. Los linfomas malignos en general constituyen el 5% de todas las neoplasias. La enfermedad de Hodgkin constituye de un 40% a un 63% de todas los linfomas, lo que significa de uno a tres casos por cada 100.000 habitantes/año³. La curva de edad e incidencia es característicamente bimodal con un pico inicial en los adultos jóvenes (15 a 35 años) y un segundo pico a partir de los 50 años⁴.

La enfermedad de Hodgkin suele presentarse como un proceso localizado que se disemina posteriormente a estructuras linfoides contiguas. Los ganglios afectados tienden a ser centrípetos o axiales, a diferencia de los no Hodgkin.

La manifestación clínica más frecuente es la febrícula asociada a sudoración nocturna profusa con una presentación (fiebre de Pel-Epstein). Se asocia la afectación abdominal (dolor abdominal, trastornos intestinales e incluso ascitis). Otros síntomas suelen ser el prurito que aparece en el 10% de los pacientes, la fatiga, la pérdida de peso y el malestar general, permanente³.

En cuanto a la analítica es frecuente encontrar una anemia normocítica y normocrómica, a veces macrocítica de grado moderado. Es frecuente una reacción leucemoide moderada o intensa, sobre todo en los pacientes sintomáticos. Hasta el momento la velocidad de sedimentación eritrocitaria sigue siendo la mejor prueba de control, aunque carece de especificidad. Además es frecuente una alteración inmunitaria, mas concretamente de las inmunoglobulinas⁴ cuando el proceso esta muy avanzado.

El diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin requiere la realización de una biopsia que contenga suficiente tejido como para permitir un diag-

nóstico microscópico preciso. Es en este paso, donde se demuestra la importancia de la participación urológica; realizando la exploración laparoscópica accediendo a la masa adenopática a través de la línea paracólica izquierda⁵, mediante el instrumental endoscópico adecuado (trocar de Hasson y trocates accesorios)⁶ y tomando la biopsia en cuña, que nos lleva posteriormente a un diagnóstico certero.

Los criterios para el diagnóstico y clasificación a penas se han modificado desde 1966, año en que se adoptó la clasificación de Rye (Fig. 4). Es fundamental para el diagnóstico la presencia de células de Reed-Sternberg, que son unas células de gran tamaño con un núcleo multilobulado o bilobulado que presentan nucleolos prominentes con aspecto de inclusiones. Existen diferentes variante morfológicas de células Reed-Sternberg, de forma que es la presencia de estas variantes, así como el fondo celular y fibroso de la proliferación, lo que permite establecer el subtipo histológico de la enfermedad de Hodgkin^{3,4}.

Clasificación de Rye:

1. Predominio linfocítico (PL). El corte ganglionar aparece total o parcialmente invadido por linfocitos y/o histiocitos de aspecto normal. El hallazgo de células de Reed-Sternberg puede ser muy difícil, siendo necesario a veces practicar varios cortes.

2. Esclerosis nodular (EN). Sus características más importantes son el hallazgo de bandas de fibrosis colágena que atraviesan la arquitectura ganglionar delimitándola a modo de nódulos y la presencia de células equivalentes a las de Reed-Sternberg conocidas con el nombre de células lacunares (elementos mono o multinucleados en los que el citoplasma se retrae por la acción de la fijación lo que hace que quede un espacio claro a su alrededor).

3. Celularidad mixta (CM). En ella se hallan linfocitos, histiocitos, células plasmáticas, eosinófilos y una cantidad notable de células de Reed-Sternberg. Son numerosos también los histiocitos atípicos (células de Hodgkin). Puede haber focos de necrosis.

4. Depleción linfocítica (DL). En esta variedad faltan por entero los histiocitos y linfocitos típicos.

Todo el ganglio se ve invadido por células de aspecto muy atípico, filiación difícil, pleomórficas, a las que acompañan muchas células de Reed-Sternberg.

Para el diagnóstico de extensión de la enfermedad, son fundamentales la exploración física, el TAC, la linfografía, la biopsia medular y en algunas ocasiones la laparotomía.

Se considera fundamental el estudio de la extensión de la enfermedad a fin de poder adecuar la cantidad y calidad del tratamiento a la cuantía o extensión del proceso hodgkiniano. Los estadios que se utilizan mas frecuentemente son los de Ann Arbor, que se basan en la afectación de regiones ganglionares y órganos a uno o ambos lados del diafragma.

En cuanto al tratamiento de elección depende totalmente del estadio de la enfermedad, siendo la radioterapia y la quimioterapia con diversos fármacos combinados (MOPP, MOOP, ABVD, ADVP), los dos pilares fundamentales en la actualidad^{3,4}.

REFERENCIAS

1. VALDIVIA URÍA JG, ABAD BAQUERO G, BAYO OCHOA A, LAMANES SANTAMARÍA E, LÓPEZ LÓPEZ JA, et al.: Cirugía mínimamente invasiva en Urología. Tema monográfico LIX Congreso Nacional de Urología. *Actas Urol Esp* Mayo 1994; **(4)**: 43-53.
2. BRAIER L: Diccionario enciclopédico de medicina. Editorial Jims. Barcelona 1986; **1**: 301.
3. ROZMAN C, MONTSERRAT E: Enfermedades ganglionares. In: Medicina Interna, edited by Farreras Valenti P. and Rozman C. Barcelona 1988; **2 (13)**: 1.566-1.583.
4. FREEDMAN A, NADLER LEE M: Linfomas malignos. In: Harrison. Principios de medicina interna, edited by Isselbacher Kurt J., Braunwald E., Wilson J., Martin J. J. Fauci A. and Kasper D. Madrid 1994; **2 (311)**: 2.042-2.065.
5. FRANK HINMAN JR MD: Incisiones In Atlas de Cirugía Urológica. Frank Hinman. Interamericana México. 1993; **20**: 865-920.
6. MONTLEO M, VICENTE RJ: Instrumental endoscópico. In: Tratado de Endourología, edited by Vicente R. J. Barcelona 1996; **(1)**: 47-58.

Dr. M.A. García García
Servicio de Urología
Hospital Universitario Miguel Servet
C/ Isabel la Católica, 1-3
50009 Zaragoza

(Trabajo recibido el 3 septiembre 2001)