

LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA LAPAROSCÓPICA EN PATOLOGÍA NO TESTICULAR

Gonzalo Valero Fuentealba.

Unidad de Laparoscopia. Servicio de Urología. Hospital Clínico FUSAT. Rancagua. Chile.

Resumen.- OBJETIVO: Con el uso amplio de las imágenes ha aumentado el número de pacientes con adenopatías abdominales y retroperitoneales que deben ser estudiados con biopsia dirigida. La vía laparoscópica se ha utilizado para identificar adenopatías de origen ginecológico y linfomas entre otras.

Presentamos una serie de cuatro pacientes sometidos a resección laparoscópica por patología no testicular.

MÉTODO: Desde Julio de 2008 hasta Mayo de 2009, cuatro pacientes han sido sometidos a resección laparoscópica, usando la misma técnica y patrón de disección que en cáncer de testículo.

RESULTADOS: Todas las cirugías fueron finalizadas por vía laparoscópica. En todos los pacientes se logró reseccionar una muestra ganglionar adecuada para diagnóstico histológico.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 95 min (40-135). El sangrado estimado promedio fue de 60cc (0-80). No hubo complicaciones perioperatorias.

CONCLUSIONES: En pacientes con adenopatías abdominales no de origen testicular es posible realizar resección laparoscópica con baja morbilidad y excelente efectividad.

Palabras clave: Linfadenectomía lumboaórtica. Laparoscopia. Adenopatías.

Summary.- OBJECTIVES: The wide use of imaging tests has increased the number of patients with abdominal and retroperitoneal lymph nodes that should be studied with biopsy. The laparoscopic approach has been used to identify lymph nodes of gynecologic origin and lymphomas among others.

We present a series of four patients submitted to laparoscopic resection for non-testicular pathology.

METHODS: From July 2008 until May 2009, four patients have undergone laparoscopic resection, using the same technique and dissection pattern of testicular carcinoma.

RESULTS: All surgeries were completed by laparoscopic approach. All patients achieved a resected lymph node suitable for pathologic diagnosis.

Mean operative time was 95 min (40-135). The average estimate bleeding was 60cc (0-80). There were no perioperative complications.



CORRESPONDENCIA

Gonzalo Valero Fuentealba
Unidad de Laparoscopia
Servicio de Urología
Hospital Clínico FUSAT.
Rancagua. Chile.

gonzomachali@yahoo.es

Aceptado para publicar: 20 de octubre 2009.

CONCLUSIONS: *In patients with abdominal lymph nodes not from testicular origin it is possible to perform laparoscopic resection with low morbidity and excellent effectiveness.*

Keywords: *Retroperitoneal laparoscopic node dissection. Laparoscopy. Adenopathy.*

INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía lumboaórtica laparoscópica (LALA) es un procedimiento mínimamente invasivo que se utiliza en la estadificación y tratamiento de los tumores testiculares no seminomatosos.

Las ventajas de este procedimiento son la rápida recuperación, menor dolor y un mejor resultado cosmético. Por otra parte, los resultados obtenidos son absolutamente comparables al abordaje abierto mediante laparotomía.

Con el uso extendido de las técnicas de imagenología ha aumentado el número de pacientes con el hallazgo de adenopatías abdominales y retroperitoneales.

Aunque ha habido una mejoría notable en las imágenes con el desarrollo de la resonancia nuclear y la tomografía por emisión de positrones (PET), éstos siguen siendo limitados para poder precisar la etiología de la adenopatía, por lo que se torna absolutamente necesario realizar una biopsia dirigida.

La resección laparoscópica, incluyendo el uso de robot, se ha utilizado para diagnosticar adenopatías retroperitoneales secundarias a neoplasias ginecológicas, linfoma y otras entidades benignas (1-3).

El objetivo de este trabajo es reportar la experiencia con cuatro pacientes sometidos a LALA laparoscópica por patología no testicular.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde Julio de 2008 hasta Mayo de 2009, cuatro pacientes han sido sometidos a LALA laparoscópica por adenopatías retroperitoneales no asociadas a cáncer testicular.

Todos los pacientes fueron estudiados mediante tomografía computada y PET (Figuras 1 y 2). En todos ellos también se realizó un acabado examen físico para identificar ganglios patológicos en zonas más superficiales como axila o región inguinal.

La técnica quirúrgica utilizada ya ha sido descrita y publicada previamente en estos archivos (4).

RESULTADOS

Todas las cirugías fueron finalizadas en forma satisfactoria por la vía laparoscópica. En todos los pacientes se logró resecar una muestra ganglionar adecuada para realizar estudio histológico completo.



FIGURA 1. PET-SCAN paciente con antecedentes de linfoma. Flechas demuestran adenopatías paraaórticas.



FIGURA 2. TAC abdominal de paciente con antecedentes de cáncer de mama. Nótese las gruesas adenopatías periaórticas a nivel del hilio renal.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 95 min (40-135). El tiempo promedio de hospitalización fue de 2 días (1-3). El sangramiento estimado promedio fue de 60cc (0-80). No hubo complicaciones perioperatorias.

En la Tabla I, se resumen los antecedentes clínicos y patológicos de la serie.

DISCUSIÓN

La presencia de adenopatías retroperitoneales requiere necesariamente de resección para posterior estudio y confirmación histológica.

Existen algunos estudios que han intentado realizar biopsia percutánea guiada con ultrasonido y tomografía axial computada con resultados satisfactorios para confirmación histológica que no superan el 75%. Además a veces por la ubicación de las adenopatías resulta riesgoso realizar la punción (5-6).

Otra posibilidad descrita es la realización de una biopsia endoluminal transduodenal con resultados bastante satisfactorios en cuanto a efectividad, baja tasa de complicaciones y que es posible realizar en forma ambulatoria (7-8). Sin embargo esta modalidad debe restringirse para aquellas adenopatías que se ubican alrededor del duodeno y con personal especializado con el que no disponemos en nuestro medio.

Por lo anterior entonces es necesario realizar la resección quirúrgica que tradicionalmente se realizaba mediante laparotomía. Es en este punto donde

surge la vía de acceso laparoscópico con todos los beneficios conocidos en cuanto a morbilidad y excelente efectividad (9-11).

Para nuestra realidad urológica la LALA laparoscópica es un procedimiento claramente beneficioso y efectivo para la patología testicular (12).

Debido a que la distribución de las adenopatías son similares a las del cáncer testicular los patrones de disección son semejantes. En esta serie se realizó una disección amplia debido a que todos los pacientes tenían varios ganglios patológicos alrededor de los grandes vasos del retroperitoneo.

En dos pacientes (linfoma y cáncer de mama) se había realizado previamente tratamiento sistémico con drogas quimioterápicas, sin embargo, lo anterior no representó una mayor dificultad técnica para la disección ganglionar.

En nuestra experiencia ha resultado muy beneficioso el uso del sistema de coagulación bipolar Ligasure (Valleylab, Colorado, USA), porque realmente permite realizar las disecciones con un sangramiento mínimo y además es un muy buen instrumento para separar, traccionar y disecar en forma roma. En ciertos casos en especial en vasos linfáticos gruesos es recomendable utilizar clips metálicos para sellarlos y evitar la formación de linfoceles.

Los resultados confirman que el acceso laparoscópico tiene una muy rápida recuperación, baja morbilidad y también un resultado cosmético satisfactorio. Este último punto cobra mayor relevancia en pacientes jóvenes.

TABLA I. RESULTADOS GENERALES DE LA SERIE.

Paciente	Edad	Patología	Nº ganglios	Histología
Hombre	31	Adenopatías mediasínicas y retroperitoneales	8	Hiperplasia reactiva
Mujer	49	Linfoma Hodgkin	12	Normales
Mujer	64	Adenopatías retroperitoneales	8	Adenocarcinoma intestinal
Mujer	65	Cáncer de mama	10	Metástasis de cáncer de mama

CONCLUSIONES

Podemos afirmar que es posible realizar resección ganglionar retroperitoneal laparoscópica en pacientes con patología extratesticular con resultados muy satisfactorios y efectivos.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y ** lectura fundamental)

1. Lowe M, Tillmanns T. Outpatient laparoscopic extraperitoneal aortic nodal dissection for locally advanced cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 2008; 111(2 Suppl): S24-28.
- *2. Vergote I, Pouseele B, Van Gorp T, Vanacker B, Leunen K, Cadron I et al. Robotic retroperitoneal lower para-aortic lymphadenectomy in cervical carcinoma: first report on the technique used in 5 patients. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(7): 783-7.
3. Casaccia M, Torelli P, Cavaliere D, Panaro F, Nardi I, Rossi E et al. Laparoscopic lymph node biopsy in intra-abdominal lymphoma: high diagnostic accuracy achieved with a minimally invasive procedure. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2007; 17(3): 175-8.
- **4. Valero G. Eyacuación anterógrada posterior a linfadenectomía lumboaórtica laparoscópica modificada. *Arch Esp Urol* 2008; 61(4): 517-20.
- *5. Steel BL, Schwartz MR, Ramzy I. Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of lymphadenopathy in 1,103 patients. Role, limitations and analysis of diagnostic pitfalls. *Acta Cytol* 1995; 39(1):76-81.
6. Balestreri L, Morassut S, Bernardi D, Tavio M, Talamini R, Gloghini A et al. Efficacy of CT guided percutaneous needle biopsy in the diagnosis of malignant lymphoma at first presentation. *Clin Imaging* 2005; 29(2):123-127.
7. Yasuda I, Tsurumi H, Omar S, Iwashita T, Kojima Y, Yamada T et al. Endoscopia ultrasound-guided fine-needle aspiration for lymphadenopathy of unknown origin. *Endoscopy* 2006; 38(9): 919-24.
8. Chen V, Eloubeidi M. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration is superior to lymph node echofeatures: a prospective evaluation mediastinal and peri-intestinal lymphadenopathy. *Am J Gastroenterol* 2004; 99(4): 628-33.
9. Cowles RA, Yahanda AM. Laparoscopic biopsy of abdominal retroperitoneal lymphadenopathy for the diagnosis of lymphoma. *J Am Coll Surg* 2000; 191(1):108-13.
10. Porte H, Copin MC, Eraldi L, Roumillac D, Jallard-Thery S, Puech P et al. Retroperitoneoscopy for the diagnosis of infiltrating retroperitoneal lymphadenopathy and masses. *Br J Surg* 1997; 84(10):1433-6.
- *11. Strickler JG, Donohue JH, Porter LE, Habermann TM et al. Laparoscopic biopsy for suspected abdominal lymphoma. *Mod Pathol* 1998; 11(9):831-6.
- **12. Castillo O, Alvarez J, Vitagliano G, Ramírez D, Díaz M, Sánchez-Salas R. Linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica en cáncer de testículo no seminoma estadio I. *Arch Esp Urol* 2007; 60(1): 59-66.