

# Células de Reed- Sternberg en impronta de ganglio axilar

## Reed- Sternberg cells in touch imprint of axillary lymph node

García M<sup>1</sup>, Sánchez A<sup>2</sup>, Ovando C<sup>1</sup>, Guanchiale L<sup>1</sup>, Basquiera A<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Hematología y Oncología del Hospital Privado Universitario de Córdoba.

<sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina

mercedesdejesusgarcia@gmail.com

Fecha recepción: 9/11/2020

Fecha aprobación: 10/12/2020



IMÁGENES  
EN HEMATOLOGÍA

HEMATOLOGÍA

Volumen 24 n° 3: 88-91

Septiembre - Diciembre 2020

**Palabras claves:** Impronta ganglionar, Linfoma de Hodgkin, Células de Reed–Sternberg.

**Keywords:** Lymph node imprint, Hodgkin lymphoma, Reed- Sternberg cells.

### Resumen

La detección de células de Reed- Sternberg en las biopsias ganglionares constituye una herramienta diagnóstica de gran importancia para el Linfoma de Hodgkin. Sin embargo su visualización en improntas ganglionares no es una práctica habitual, pese a ser una técnica que permite orientación etiológica con mayor rapidez.

### Abstract

The detection of Reed- Sternberg cells in lymph node biopsy is a very important diagnostic tool for Hodgkin's Lymphoma. However, its visualization in intraoperative nodal touch imprints is not a common practice despite being a technique that allows a quick etiological orientation.

### Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 18 años de edad, PS 0, es derivado al Servicio de Hematología por presentar síntomas B y adenopatías axilares. En dicho contexto se realiza diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clásico Estadio III B con factores de riesgo desfavorables, y

presencia de masa bulky mediastinal.

El paciente recibe tratamiento según esquema ABVD logrando remisión parcial en PET interino luego del 2º ciclo (score de Deauville 4). Completa 6 ciclos de tratamiento asociándose radioterapia a región mediastinal por persistencia de masa residual en PET de fin de tratamiento (SUV 3,3 - score de Deauville 4). Consulta a los 15 meses de haber finalizado el tratamiento por reaparición de síntomas B asociados a prurito. En el examen físico presenta derrame pleural, lesiones papulares en miembros inferiores y adenopatías cervicales y axilares. Los estudios de sangre muestran: leucocitosis con neutrofilia, anemia leve, normocítica, normocrómica, regenerativa; función renal, hepatograma y proteinograma por electroforesis normales. La estadificación por tomografía evidencia compromiso supra e infradiaphragmático, con lesiones pulmonares, masa bulky mediastinal y derrame pleural y pericárdico. Se programa la realización de biopsia de adenopatía axilar de la cual se obtiene una impronta. (Figura 1)

Coloreada con técnica de May Grunwald Giemsa, es posible ver el reemplazo de la estructura ganglionar

normal por células patológicas de diferentes tamaños. A mayor aumento (Figura 2), se presentan células de aspecto mononuclear (células de Hodgkin) y células binucleadas (células de Reed Sternberg) (Figura 3), características del Linfoma de Hodgkin. Ambas se encuentran situadas sobre un fondo reactivo no neoplásico caracterizado por linfocitos, eosinófilos y células plasmáticas, constituyendo imágenes distintas de la patología en cuestión.

La biopsia ganglionar confirmó la recaída de Linfoma de Hodgkin clásico variedad Esclerosis nodular. En dicha muestra se pudo objetivar la presencia de células lacunares, vinculadas a este subtipo de linfomas, siendo las mismas el resultado del efecto de fijación con formalina que lleva a la retracción del citoplasma logrando que éstas parecieran estar en una laguna<sup>1</sup> (Figura 4).

La estadificación reveló un Estadio IV B.

Dada la rapidez con la cual se pudo obtener y analizar la muestra fue posible iniciar un tratamiento oportuno en nuestro paciente, al cual se le propuso realizar segunda línea de quimioterapia y posterior trasplante autólogo de médula ósea.

## Discusión

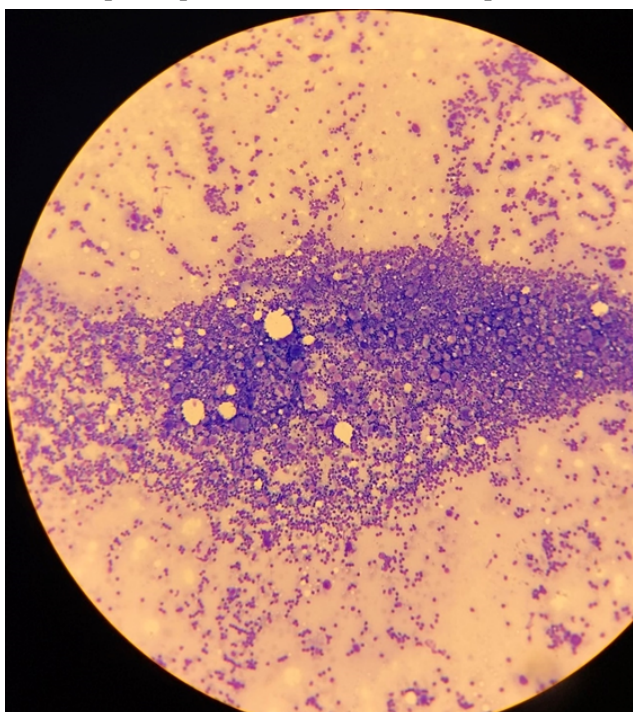
El Linfoma de Hodgkin clásico representa del 15%

al 25% de todos los linfomas, siendo el más común entre niños y adultos jóvenes. Éste se destaca por su sorprendente aspecto histomorfológico, el peculiar fenotipo característico de las células malignas y la abundancia de un infiltrado de células inflamatorias vinculadas con la inmunidad. El diagnóstico anatómopatológico requiere la presencia de células de Reed-Sternberg acompañadas por células del microambiente tumoral, en las que se incluyen linfocitos T y B, eosinófilos, macrófagos, mastocitos, células plasmáticas y células estromales.<sup>2</sup>

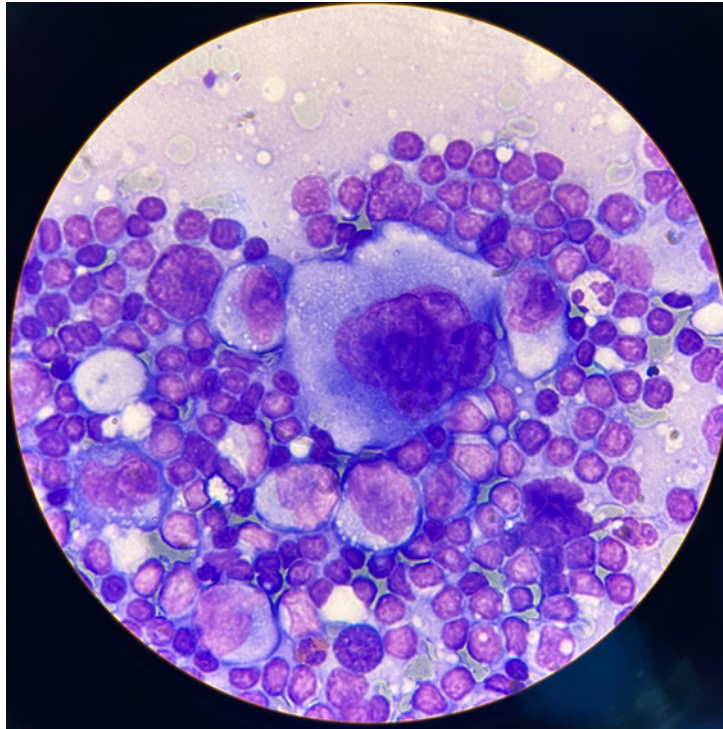
El diagnóstico debe ser realizado a través de una biopsia ganglionar. Sin embargo existe en la literatura evidencia acerca de la realización de improntas ganglionares de muestras obtenidas intraprocedimientos.<sup>3</sup> La morfología evidenciada en dichas muestras presenta una fehaciente correlación con la objetivada en la anatomía patológica. Es por ello que la sospecha citológica realizada en la impronta ganglionar puede orientar la realización de un panel de inmunotinciones que permitan establecer el diagnóstico definitivo.

Consideramos que esta técnica es de gran utilidad, ya que permite obtener un diagnóstico precoz que posibilita la realización de un tratamiento temprano con mayores respuestas terapéuticas.

**Figra 1.** Impronta de adenopatía axilar (May Grunwald Giemsa x 10). Alteración de la estructura normal dada por la presencia de un infiltrado polimorfo.



**Figura 2.** Impronta de adenopatía axilar (May Grunwald Giemsa x 100). Células mononucleadas tipo Hodgkin, algunas con presencia de núcleos plegados y otras con nucléolo, distribuidas sobre un fondo mixto reactivo con predominio de linfocitos pequeños y eosinófilos.



**Figura 3.** Impronta de adenopatía axilar (May Grunwald Giemsa x 100) Reemplazo de la arquitectura ganglionar normal por linfocitos y eosinófilos predominantemente, sobre los cuales yace una célula de Reed – Sternberg con su gran tamaño respecto a las células que lo rodean, binucleada con nucléolos eosinófilos separados por un espacio de membrana nuclear engrosada.

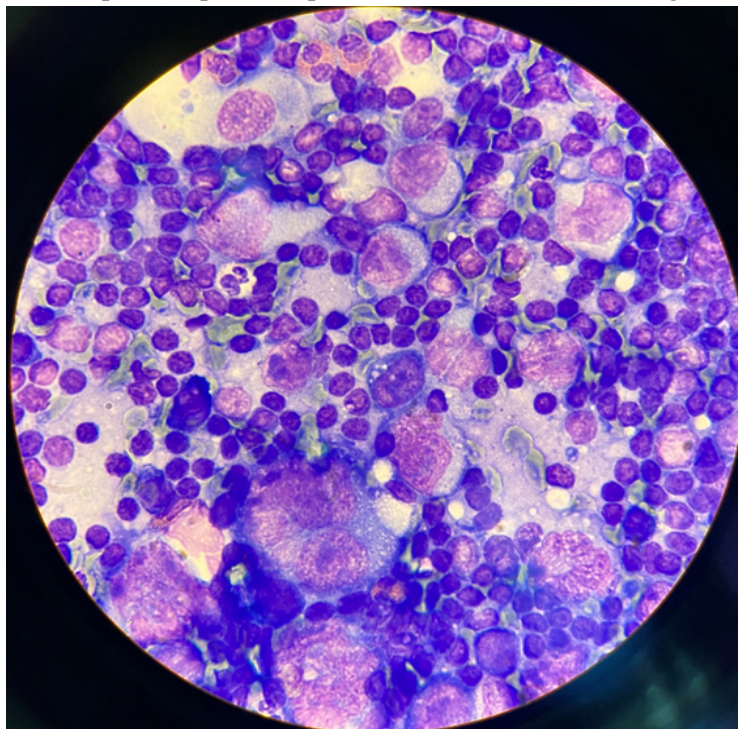
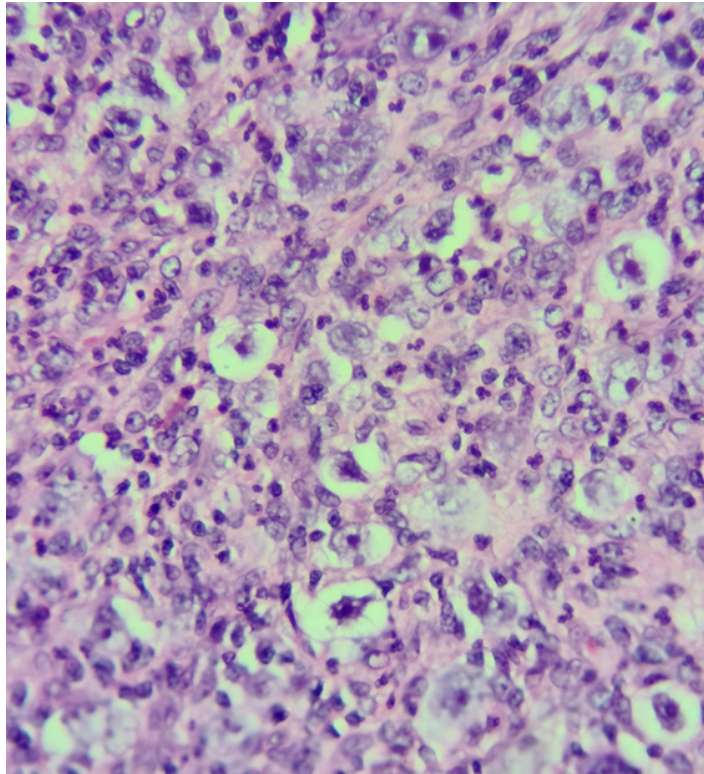




Figura 4: Biopsia de adenopatía axilar (Hematoxilina- eosina): Células lacunares resultantes de la retracción del citoplasma con la fijación.



**Conflictos de interés:** Los autores declaran que no poseen conflictos de interés. El trabajo no ha sido financiado por ninguna entidad pública o privada.

### Bibliografía

1. Stein H, Swerdlow SH, Gascoyne RD y col. The 2016 revision of the World Health Organization Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid neoplasms. Blood. 2016; 435- 442. <https://ashpublications.org/blood/article/127/20/2375/35286/The-2016-revision-of-the-World-Health-Organization>
2. Mottok A, Steidl C. Biology of classical Hodgkin lymphoma: implications for prognosis and novel therapies. Blood. 12 de abril de 2018; 131(15):1654-65.
3. Aragao A, Kilic, I, Velankar, MM,y col. “Popcorn cells” in intraoperative touch imprints of nodular lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma. Diagnostic Cytopathology 2020; 48:177- 180. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/dc.24352>



**Atribución – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa):** No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Esta licencia no es una licencia libre.