

# PARANY DIAGNÒSTIC: L'EXPERIÈNCIA POT NO SER UN GRAU

**N. Baixeras.**

*Hospital Universitari de Bellvitge-ICO Hospitalet.*

## INTRODUCCIÓ

En aquesta sessió s'han volgut mostrar casos que per la seva dificultat diagnòstica poden suposar un problema fins i tot per citopatòlegs amb experiència. Aquesta experiència que és evidentment un valor afegit pel diagnòstic porta a vegades a errors per excés de confiança. Això és especialment rellevant en el cas de tumors de glàndula salival.

## CAS CLÍNIC

Presento el cas d'una dona de 62 anys amb antecedent de carcinoma de mama esquerra al 2010 (Carcinoma ductal infiltrant G2 bifocal pT1c pN0 i+) tractat amb mastectomia més buidament ganglionar, quimioteràpia adjuvant i tamoxifè.

Al maig de 2019 es visita al Servei d'ORL del nostre centre per una tumoració retroauricular esquerra d'un any i mig d'evolució. Aporta ecografia d'altre centre amb una lesió nodular de 7 x 6 mm catalogada com adenoma pleomorfe. Al juny es realitza una TAC faringo-cervical que descriu un nòdul d'11 mm de diàmetre màxim al lòbul superficial de la glàndula paròtide esquerra. Mostra una porció central més hipodensa amb captació de contrast de predomini perifèric. No s'observen signes d'agressivitat. Al setembre de 2019 es realitza una RMN de cap i coll (Figura 1) on es visualitza un nòdul de 8 mm de diàmetre màxim al lòbul superficial de la glàndula paròtide esquerra de les mateixes característiques que les descrites a la TAC sense signes d'agressivitat. Resta de les glàndules salivals majors sense alteracions valorables. Conclouen que és un nòdul d'aspecte no agressiu, no caracteritzable.

Finalment es realitza una punció amb agulla fina (PAAF) ecoguiada de la lesió.

## Diagnòstic citològic i histològic

A les extensions citològiques (Figura 2, Figura 3) s'observava un fons hemàtic amb debris cel·lulars, macròfags, limfòcits i focalment moc. També cel·lularitat epitelial d'aspecte oncocític en plaques

i grups tridimensionals amb algunes cèl·lules mucoproductores de vacúol gran citoplasmàtic.

Amb aquestes troballes citològiques i tenint en compte les proves radiològiques vaig concloure que es tracta va d'un tumor de Warthin amb metaplàsia mucinosa i el diagnòstic citològic va ser: **Sistema Milan categoria IVa: Neoplàstic benigne. Compatible amb tumor de Warthin.**

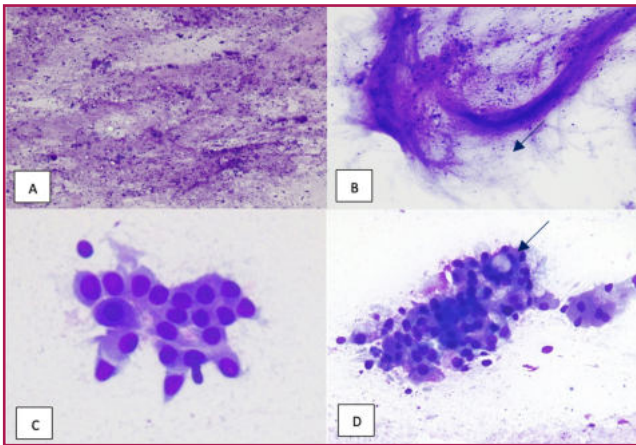


Figura 1. RMN de cap i coll.

Al març de 2020 la pacient rebutja la cirurgia en el context de la pandèmia de COVID19 i després de seguiment clínic i un TAC sense canvis finalment es realitza una paroidectomia total esquerra al maig de 2022.

Les troballes histològiques (Figura 4) evidenciaren una lesió amb una zona quística central amb presència de material mucoide i un revestiment epitelial amb cèl·lules oncocítiques amb presència de cèl·lules mucoproductores.

Per sota del revestiment epitelial s'observaven nius infiltrant l'estroma acompanyats d'abundant infiltrat limfoide.

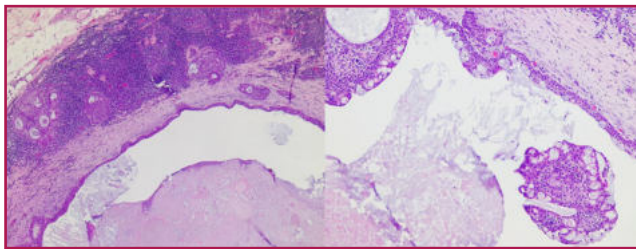


**Figura 2.** Diff-Quik. A i B) Fons amb debris cel·lulars i moc C i D) Plaques de cèl·lules oncocítiques amb alguna cèl·lula mucoprodutora (fletxes).

Aquestes troballes es correlacionaven perfectament amb les observades a les extensions citològiques.

El diagnòstic histològic va ser:

**Carcinoma mucoepidermoide de grau histològic baix, grau (G1) sense invasió perineural ni vascular. Dens infiltrat inflamatori associat a la neoplàsia.**



**Figura 4.** Hematoxilina eosina.

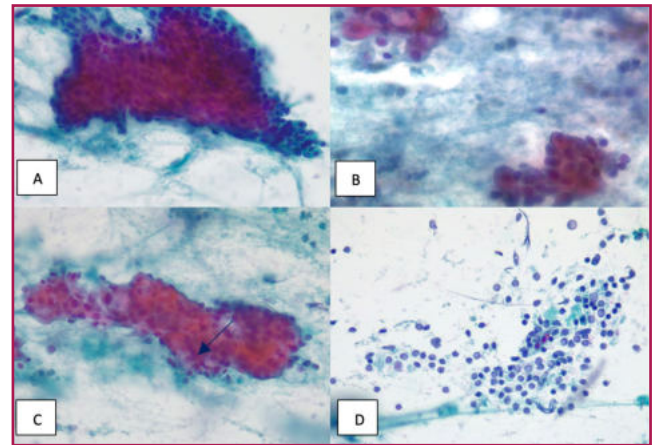
## DISCUSSIÓ

Donada la dificultat diagnòstica en una PAAF que representa un cas com aquest comencem per repassar breument algunes dades sobre els tumors de glàndula salival. (1)

L'adenoma pleomorfe i el tumor de Warthin representen el 80 % de tots els tumors de glàndula salival.

Són més freqüents en dones a excepció del Tumor de Warthin, el carcinoma ductal i les metàstasi de carcinoma escamós. Entre el 68-85 % dels tumors de la paròtide són benignes. Entre el 80-90 % dels tumors de glàndules salivals menors i sublinguals són malignes.

Hi ha tumors de localització quasi específica com el Tumor de Warthin a la paròtide o l'adenocarcinoma polimorf a les glàndules salivals menors del paladar.



**Figura 3.** Papanicolaou. A, B i C) Plaques de cèl·lules oncocítiques amb alguna cèl·lula mucoprodutora (fletxa) D) limfòcits.

Per poder fer un acurat diagnòstic diferencial revisarem algunes característiques de les lesions i entitats de glàndula salival relacionades amb aquest cas.

Tumors que són freqüentment quístics:

- Tumor de Warthin
- Carcinoma mucoepidermoide
- Carcinoma de cèl·lules acinars

Entitats amb nombrosos limfòcits

- Gangli limfàtic intraparotídic
- Limfadenoma
- Limfoma
- Quist limfoepitelial
- Tumor de Warthin
- Carcinoma mucoepidermoide
- Carcinoma de cèl·lules acinars
- Carcinoma limfoepitelial

Diagnòstic diferencial de les lesions oncocítiques

- Oncocitoma
- Oncocitosis
- Tumor de Warthin
- Adenoma Pleomorfe
- Carcinoma mucoepidermoide
- Carcinoma de cèl·lules acinars
- Carcinoma oncocític
- Carcinoma renal metastàtic

De totes aquestes entitats les úniques que són compatibles per reunir les tres característiques i ser morfològicament compatibles amb el nostre cas serien el Tumor de Warthin i el Carcinoma mucoepidermoide de baix grau. Així doncs repassarem les característiques d'ambdós tumors.

El Tumor de Warthin representa el 5-15 % de tots els tumors de glàndula salival, la franja d'edat on és

## PARANY CITOLÒGIC

més freqüent es entre els 50 i 70 anys. Es dona quasi exclusivament en la glàndula paròtide, un 5-20 % són bilaterals. Solen ser tous i depressibles a la palpació. La PAAF té una precisió diagnòstica acurada excepte si hi ha metaplàsia extensa.

Les troballes citològiques característiques són:

- Plaques o grups tridimensionals de cèl·lules oncocítiques.
- Escassos limfòcits en el fons.
- Agregats limfocitocitaris.
- Fons quíctic amb debris granulars.
- Metaplàsia escamosa o mucinosa.

El 80 % del tumors de Warthin tenen les característiques citològiques convencionals però la resta poden presentar cel·lularitat predominant limfoide i metaplàsia escamosa i mucinosa (en un subgrup d'aquests la metaplàsia pot ser extensa).

La metaplàsia mucinosa es pot presentar com un espectre de troballes citològiques, des de material mucinós espès en el fons a abundant cel·lularitat amb moc que seria un potencial simulador d'un carcinoma mucoepidermoide de baix grau.

El Carcinoma mucoepidermoide de baix grau és sovint quíctic amb predominança de cèl·lules mucinoses sobre les escamoses. Per proves de imatge no són sospitosos de malignitat. Degut al component quíctic poden no ser mostrejats adequadament en la punció. La presència de cèl·lules mucinoses i escamoses és diagnòstica. Les cèl·lules mucinoses si són escasses i aïllades poden ser confoses amb histiòcits o macròfags. Poden presentar metaplàsia oncocítica.

Aquest tumor és una de les causes més freqüents de falsos negatius en el diagnòstic de la PAAF de glàndula salival.

Els diagnòstic diferencial del carcinoma mucoepidermoide de baix grau inclou:

- Quists adquirits (mucocele o quist de retenció).
- Sialoadenitis crònica amb metaplàsia mucinosa dels ductes
- Tumor de Warthin
- Adenoma pleomorfe
- Carcinoma secretor

Donada la dificultat per diferenciar aquests dos tumors no s'hauria d'haver fet un diagnòstic categòric. És important seguir les guies i consensos internacionals a l'hora de diagnosticar, en el nostre cas el Sistema Milan pel diagnòstic dels tumors de glàndula salival. (2)

En la següent taula es resumeixen les característiques del tumors inclosos a la categoria IVb, neoplàsies de glàndula salival de potencial maligne incert (SUMP): cel·lularitat oncocítica/ oncocitoide. (3)

TROBALLEES CITOMORFOLÒGQUES	DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL
Fons quíctic (histiòcits, debris proteinacis, +/- cèl·lules inflamatores)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tumor de Warthin</li><li>• Cistadenoma oncocític</li></ul>
Fons Mucinós	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carcinoma mucoepidermoide variant oncocítica</li><li>• Casos rars de tumor de Warthin amb canvi focal mucinós</li></ul>
Fons hemàtic o no específic	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oncocitoma</li><li>• Mioepitelioma</li></ul>
Citoplasma granular (normalment groller) o vacuolat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carcinoma acinar</li><li>• Carcinoma secretor/anàleg al carcinoma secretor de mama</li><li>• Carcinoma renal metastàtic</li></ul>
Atípia nuclear focal apreciable	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carcinoma ductal</li><li>• Carcinoma mucoepidermoide d'alt grau</li><li>• Carcinoma metastàtic</li></ul>

Taula 1. Característiques del tumors inclosos a la categoria IVb.

Com es pot observar a la taula el correcte diagnòstic citològic en aquest cas hagués estat: Categoria IVb, neoplàsia amb cel·lularitat oncocítica de potencial maligne incert i afegir una nota explicant el diagnòstic diferencial.

Així doncs davant de casos complexos que plantegen diagnòstics diferencials complicats de fer en el material citològic s'ha d'evitar diagnòstics categòrics i intentar utilitzar la categoria del Sistema Milan adequada. ■

### Bibliografia

1. Edmun S Cibas, Barbara S. Ducatman. Cytology: Diagnostic principles and clinical correlates. Fifth Edition. Philadelphia, PA, USA. Elsevier Inc., 2021
2. William C. Faquin, Esther Diana Rossi. The Milan System for Reporting Salivary Gland Cytopathology. 1st Edition. Cham, Switzerland. Springer International Publishing, 2018.
3. Balog Z, Fadda Guido, Pinar F, Kljianienko J, Krane JF, Layfield L, Nayar R, Powers CN, Pusztaszeri M. Chapter 5: Neoplasm, pàgines 55-83 en William C. Faquin, Esther Diana Rossi. The Milan System for Reporting Salivary Gland Cytopathology. 1st Edition. Cham, Switzerland. Springer International Publishing, 2018.