

PAAF PANCREÀTICA AMB PARANY CITOLÒGIC: EL QUE M'HA ENSENYAT AQUEST CAS

Lourdes Salazar- Huayna; Lucía Rematales; Jenifer Roman; M. Teresa Salcedo; Carmela Iglesias; Jordi Temprana-Salvador; Carme Dinarès.
Hospital Universitari Vall d'Hebron.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 56 años con antecedente de carcinoma escamoso de amígdala en enero del 2016, sin recidiva post tratamiento. Presentó, cuatro meses después, un adenocarcinoma pulmonar, para el que recibió quimioterapia y tratamiento anti PD1. Durante este último tratamiento mostró una elevación marcada de enzimas (transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubina y amilasa), por lo que se realizó una tomografía y resonancia magnética abdominal. En las pruebas de imagen, se observó la glándula pancreática con múltiples calcificaciones y presencia de dilatación segmentaria del conducto principal en cabeza y segmento proximal del cuerpo, así como una lesión sólida de 27 x 21 mm de bordes mal delimitados que había aumentado de tamaño con respecto a imágenes previas. Debido a este hallazgo, se decidió la realización de una punción por aguja fina (PAAF) del área sólida mediante una ecoendoscopia.

Hallazgos citológicos

En las extensiones correspondientes a la PAAF, se observó un fondo inflamatorio agudo, con un aumento de la celularidad epitelial, dispuesta en grupos tridimensionales y placas. Estas células presentaban un aumento de relación núcleo citoplasma, anisonucleosis, pérdida de la polaridad, núcleo hiper cromático con nucleolo visible y citoplasma escaso mal delimitado.

Se observó varias imágenes de mitosis. (Fig. 1) En el bloque celular de la PAAF, se observaron glándulas de morfología irregular con presencia de las mismas características citológicas sobre un estroma desmoplásico.

El diagnóstico citológico fue de infiltrado inflamatorio agudo y escasas placas y grupos acinares de células epiteliales con atipia citológica; sugestiva de adenocarcinoma.

Diagnóstico diferencial

Ante los hallazgos citomorfológicos y la información clínica-radiológica, se plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales: neoplasia mucinosa papilar intraductal, adenocarcinoma y pancreatitis crónica, que se exponen en la Tabla 1.

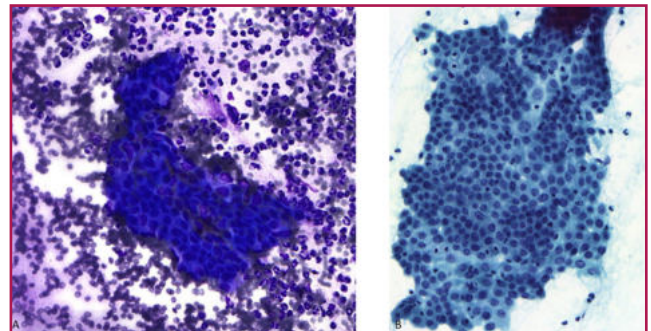


Figura 1. Hallazgos citológicos con la tinción de papanicolaou (A: 20x) y Diff Quick de la PAAF. (B: 40x)

Hallazgos histológicos

Tras la intervención quirúrgica y la evaluación histológica de la pieza, el diagnóstico fue de

pancreatitis crónica cálcica difusa con afectación ductal transmural provocando en la mayoría de los ductos una obliteración de mediano y gran calibre. No se observó malignidad en los cortes examinados. (Figura 2).

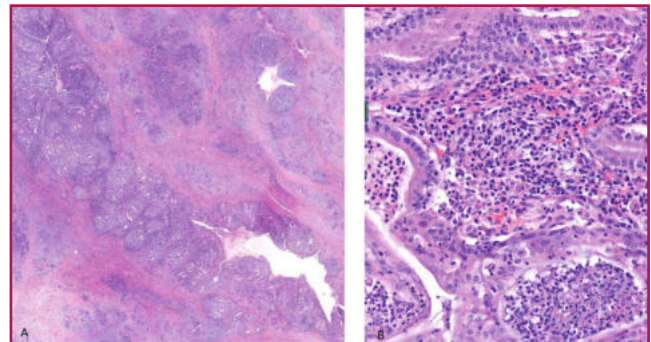


Figura 2. Hallazgos histológicos en menor aumento (A: 2x) y mayor aumento (B: 40x) de la pieza quirúrgica.

	FONDO	CITOLÒGIA
<i>Neoplasia mucinosa papilar intraductal</i>	Moco denso Necrosis	Celularidad variable. Se disponen en papilas revestidas por células presencia de mucina/vacuolas intracitoplasmáticas. La morfología nuclear dependerá del grado de diferenciación.
<i>Adenocarcinoma</i>	Necrosis Estroma fibroso y desmoplásico.	Celularidad aumentada. Se disponen en placas o grupos tridimensionales. Aumento del tamaño nuclear, anisonucleosis, nucleolo prominente y citoplasma escaso mal delimitado.
<i>Pancreatitis crónica</i>	Debris celular (necrosis grasa) Calcificaciones Celularidad inflamatoria crónica.	Celularidad escasa, excepto en estadios tempranos. Se disponen en grupos. Pérdida de la arquitectura celular con presencia de cambios reactivos celulares.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial

Se comentó el caso en el comité multidisciplinar de tumores pancreáticos, concluyendo que la pancreatitis observada podría ser atribuible al tratamiento con antiPD1.

DISCUSSION

De acuerdo con la revisión bibliográfica la presencia de una pancreatitis marcada puede generar cambios reactivos que sugieran como opción diagnóstica un adenocarcinoma. Este falso positivo ha sido observado en menos del 1 % de las PAAF pancreáticas.

Se recomienda que en pacientes en donde exista historia de pancreatitis se tenga precaución en la interpretación de la morfología citológica. En un estudio realizado por Zhikai et al en donde se revisó la morfología citológica útil para prevenir errores en el diagnóstico de adenocarcinoma pancreático a través de PAAF, proponen la presencia de mínimo dos

componentes de cuatro como requisito mínimo para dar el diagnóstico de adenocarcinoma en una PAAF: grupos tridimensionales con pérdida de la polaridad, celularidad maligna aislada, núcleos desnudos, irregularidad de los bordes nucleares (>5 % de población celular) y variación nuclear marcada (1:4 o mayor).

CONCLUSIONES

La interpretación de una PAAF debe ser completa: la información clínica-radiológica es relevante, pero en ocasiones pueden también desviar la interpretación de los resultados. Es necesario recordar que el fondo de la citología también es trascendental y muchas veces es la clave del diagnóstico.

En el contexto de un fondo inflamatorio: es necesario estar alerta ante los cambios reactivos de la celularidad ductal que nos pueden dar falsos positivos. ■

Bibliografía

- Bergeron, Joseph P et al. "Endoscopic ultrasound-guided pancreatic fine-needle aspiration: potential pitfalls in one institution's experience of 1212 procedures." *Cancer cytopathology* vol. 123,2 (2015): 98-107.
- Hirabayashi, Kenichi et al. "Background features in the cytology of pancreatic neoplasms." *DEN open* vol. 2,1 e105. 23 Mar. 2022.
- Chi, Zhikai et al. "Cytomorphological Features Useful to Prevent Errors in the Diagnosis of Pancreatic Adenocarcinoma by Fine Needle Aspiration Cytology." *Acta cytologica* vol. 61,1 (2017): 7-16.
- Stelow, Edward B et al. "The cytological spectrum of chronic pancreatitis." *Diagnostic cytopathology* vol. 32,2 (2005): 65-9.