

ENDOMETRIOSI DE LA PARET ABDOMINAL

M. Baqué-Alegre; C. Iglesias; L. Retamales; M. Montes; C. Pariente; J. Temprana-Salvado; S. Ramón y Cajal; C. Dinarés.

Secció de Citologia. Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Universitari Vall d'Hebron; Barcelona.

CAS CLÍNIC

Presentem el cas d'una dona de 29 anys que consulta per l'aparició d'una tumoració dolorosa a la paret abdominal després d'un traumatisme accidental de 3 setmanes d'evolució i que es troba pròxima a l'extrem d'una cicatriu de cesària prèvia (10 anys) i sobre la que refereix la presència d'una petita tumoració no dolorosa des de 2 anys abans.

El TAC d'abdomen amb contrast mostra un nòdul per sobre el recte abdominal esquerre de caràcter sòlid, vascularitzat, heterogeni i espiculat, amb senyal Doppler en el seu gruix, d'aproximadament 30x10mm.

Se li realitza una PAAF de la qual s'obtenen 9 extensions citològiques i un bloc cel·lular.

Troballes citològiques

Les extensions citològiques presenten un fons hemàtic on s'observen grups tridimensionals i plaques de cèl·lules epitelials columnars de mida uniforme, amb nuclis rodons o ovals, cromatina fina, nuclèol discret i citoplasma moderat, acompanyades d'estroma subjacent amb nuclis afusats. El fons mostra macròfags carregats de pigment hemosiderínic i neutròfils.

Es realitzen tècniques immunohistoquímiques sobre extensions citològiques i les cèl·lules epitelials presenten una expressió positiva per PAX8, CK7 i receptors d'estrogen. Les cèl·lules estromals tenen una expressió positiva per CD10 i receptors d'estrogen i negativa per CDX2 i CK20. El perfil immunohistoquímic obtingut ens orienta a un origen endometrial de la cel·lularitat observada.

Diagnòstic

Compatible amb endometriosis, negatiu per cèl·lules malignes.

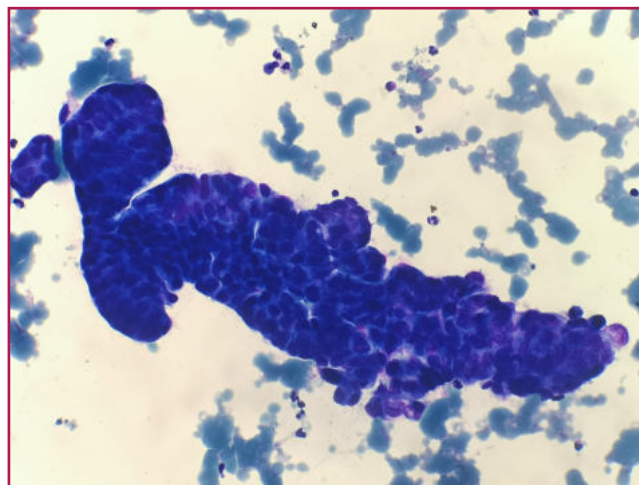


Figura 1. Grup tridimensional de cèl·lules columnars, DQ 40x.

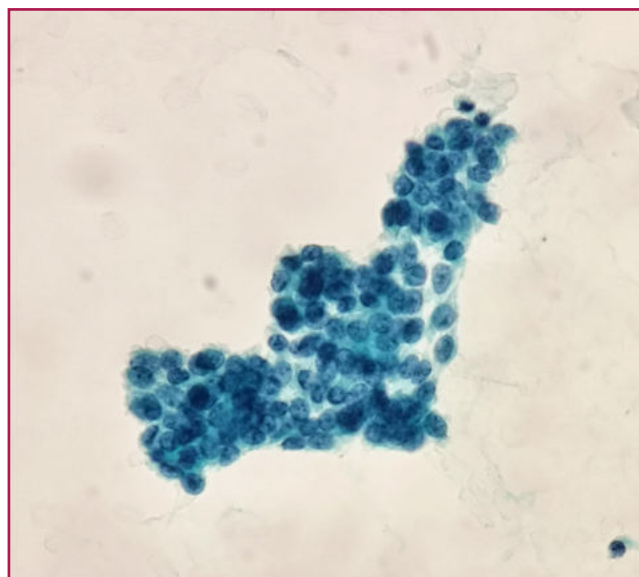


Figura 2. Placa de cèl·lules epitelials, PAP 40x

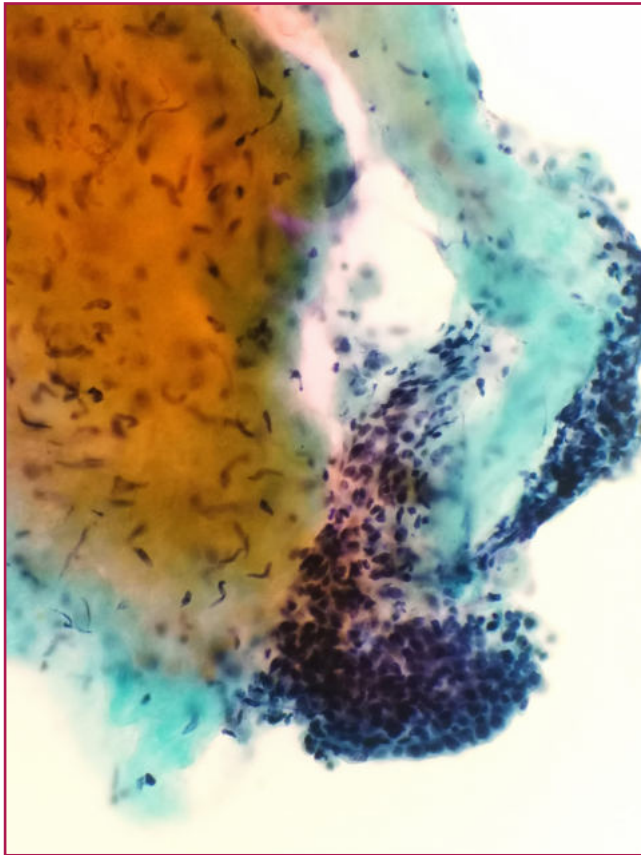


Figura 3. Cèl·lules epitelials acompanyades d'estroma, PAP 40x.

DISCUSSIÓ

L'endometriosis és una patologia ginecològica comuna en dones en edat reproductiva que consisteix en l'aparició i creixement de teixit endometrial fora de l'úter. Es troba afectant més freqüentment a òrgans de la pelvis o més rarament al tracte urinari, el tracte gastrointestinal, el tòrax i la paret abdominal. A la paret abdominal es dona principalment després d'una cirurgia ginecològica. Sovint es diagnostica erròniament a causa dels seus símptomes inespecífics, com dolor abdominal i inflamació.

L'endometriosis de paret abdominal apareix al voltant d'una cicatriu quirúrgica prèviament curada, que sovint segueix les cirurgies ginecològiques com la cesària i la histerectomia.

La seva aparició després d'una cesària és poc freqüent amb una incidència del 0,03 % al 0,4 %. Segons la teoria metastàtica, es desenvolupa secundàriament a la transferència de cèl·lules endometrials a una ubicació adjacent mitjançant manipulacions quirúrgiques, la disseminació hematògena o limfàtica. Sovint es subestima i confon clínicament amb una hèrnia, granuloma de sutura, tumor desmoide, fascitis nodular, lipoma, sarcoma o malignitat metastàtica. L'excisió quirúrgica àmplia amb col·locació d'una malla és el tractament d'elecció per aquests casos, i rarament reapareix.

El diagnòstic precís i precoç de l'endometriosis evita procediments diagnòstics innecessaris, sent la PAAF la tècnica d'elecció al ser senzilla i no invasiva, amb característiques citològiques específiques, i permetent excloure altres diagnòstics en els casos que es presenta com a una massa a la paret abdominal. La PAAF de l'endometriosis té un quadre citològic específic, mostra cèl·lules epitelials glandulars, cèl·lules estromals afusades i un nombre variable de macròfags carregats d'hemosiderina. Aquestes característiques poden variar segons els canvis hormonals cíclics: en la fase proliferativa, les cèl·lules glandulars es veuen en rusc d'abella compactes i semblen blanques, i les cèl·lules estromals afusades es troben en forma de cúmuls sincitials; en la fase secretora, les cèl·lules glandulars mostren un augment de la mida cel·lular i microvacuolació, i les cèl·lules estromals mostren un citoplasma abundant.

En la cel·lularitat observada en l'endometriosis es pot observar un ampli espectre de canvis morfològics, com poden ser metaplàsia escamosa, mucinosa o tubàrica, atípia nuclear durant la fase secretora en la cel·lularitat epitelial, o desenvolupament de canvis deciduais o mixoides en els elements estromals que cal saber reconèixer perquè poden donar lloc a un diagnòstic inexacte de neoplàsia maligna. La transformació maligna, encara que és rara, és una complicació documentada on s'inclou el carcinoma endometriode, el carcinoma de cèl·lules clares, el sarcoma, el carcinoma mucinos i el serós. ■

Bibliografia

1. Divya A. Ail, Avinash R. Joshi, Irmeen Manzoor, Sukhada Patil, and Maithili Kulkarni. Fine-needle Aspiration Cytology of Abdominal Wall Endometriosis: A Meaningful Adjunct to Diagnosis. *Oman Med J.* 2018 Jan; 33(1): 72–75.
2. Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, Zarogoulidis P, Kouroutou P, Tsiamis N, et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol* 2013. Dec;8(1):194.
3. Pachori G, Sharma R, Sunaria RK, Bayla T. Scar endometriosis: Diagnosis by fine needle aspiration. *J Cytol* 2015. Jan-Mar;32(1):65-67..