

# LESIONS PAPIL·LARS I ELS SEUS REPTES DIAGNÒSTICS A LA CITOLOGIA

**Javier Martínez; Núria Baixeras**

*Hospital Universitari de Bellvitge; Hospital Universitari de Bellvitge - Institut Català d'Oncologia.*

## INTRODUCCIÓ

L'esferulosi col·làgena és una troballa poc freqüent (<1% de biòpsies i 0,2 a 0,5% del material citològic) que es sol veure en el si de lesions benignes com canvis fibroquístics, papil·lomes, cicatriu radial, adenomioepitelioma o adenosi esclerosant. També es pot trobar associada amb el carcinoma lobel·lar in situ.

Les seves característiques citològiques són: frotis moderadament cel·lular i esfèrules amb mioepiteliales en forma de coma. El principal diagnòstic diferencial és el carcinoma adenoide quístic.

## CAS CLÍNIC

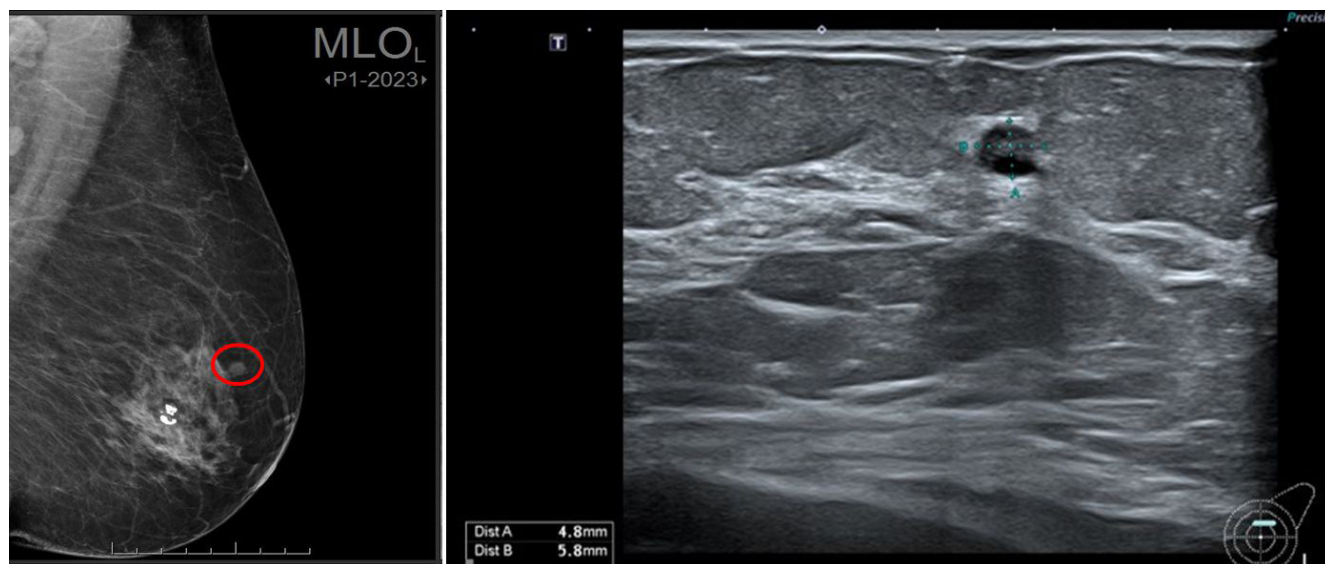
### Història clínica

Dona de 66 anys amb els antecedents d'interès de càncer de recte pT3pN0 al gener de 2019 que es va tractar amb cirurgia i quimioteràpia adjuvant, i la d'un tumor neuroendocrí intestinal grau 1 que es va detectar en les colonoscòpies de seguiment.

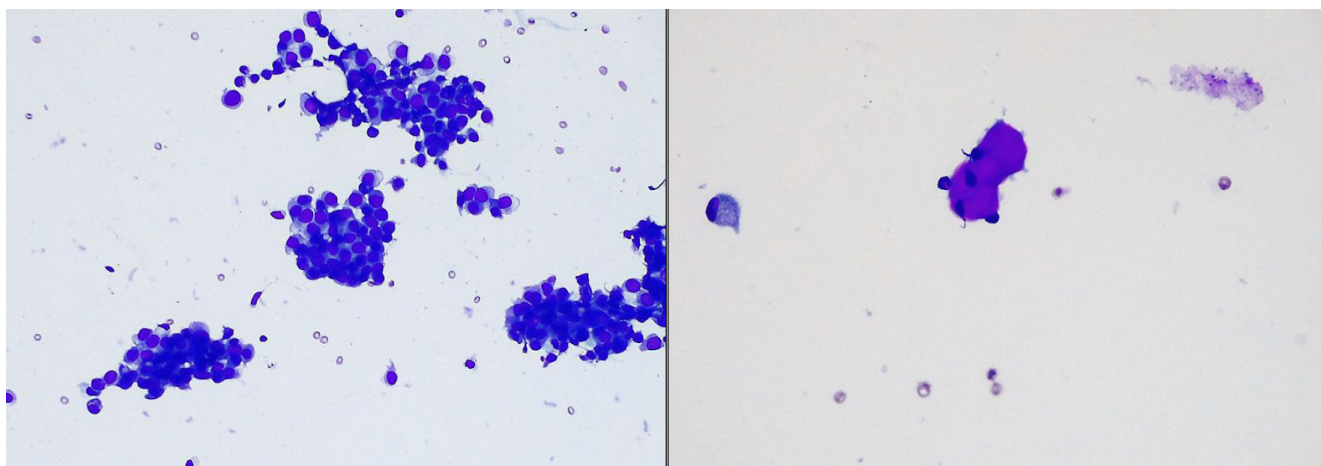
Al juliol de 2023 se li va realitzar una mamografia com a cribratge del càncer de mama i es va detectar un nòdul que no era present a la mamografia prèvia (realitzada en 2019) localitzat en UQS-QSE de la mama esquerra. Radiològicament també es van identificar unes calcificacions de característiques benignes ja presents en la mamografia de 2019 (Figura 1). Per això, se li va realitzar una ecografia on es va detectar una lesió quística de 6 x 5 mm amb ressons al seu interior, la qual cosa és suggestiu de quist complicat i se li va decidir realitzar una PAAF de la lesió.

### Troballes citològiques

Al Diff-Quick (Figura 2) vam trobar macròfags escumosos dispersos i agrupacions de cèl·lules formades per algunes amb nucli arrodonit i altres cèl·lules entremig amb nucli petit, fosc i oval que semblaven ser mioepiteliales. A més, de tant en tant veiem uns glòbuls metacromàtics amb unes cèl·lules al voltant de petita grandària.

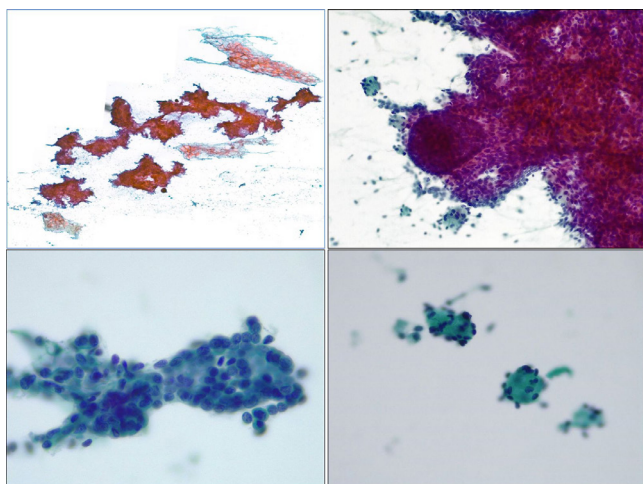


**Figura 1.** Imatge de la mamografia de la ecografia passant de manifest la presència d'una lesió quística complexa de petita grandària.



**Figura 2.** Diff-Quick on veiem macròfags escumosos, grups cel·lulars sin atípia i glòbuls metacromàtics amb cèl·lules de petita mida a la perifèria.

Al Papanicolau ens vam trobar una citologia bastant cel·lular (Figura 3). Presentava grups tridimensionals formats per unes cèl·lules de nucli arrodonit amb cromatina fina i amb escàs citoplasma.



**Figura 3.** Papanicolau on veiem una mostra cel·lular amb grups cel·lulars sin atípia i projeccions d'aspecte papil·lar, així com glòbuls de color blau-verdós que els trobavem dispersos i associats als grups cel·lulars.

També s'identificaven vasos al seu interior. En alguns llocs, aquestes cèl·lules realitzaven projeccions digitiformes que ens suggerien que es podia tractar d'una lesió papil·lar. A més, associat a aquestes zones i també dispers per la mostra vam poder veure un material blau-verdós en forma d'esfera amb cèl·lules adherides.

Aquestes troballes ens plantejaven el diagnòstic diferencial entre una lesió papil·lar amb esferulosis col·làgena, un adenomioepitelioma i un carcinoma adenoide quístic (Figura 4).

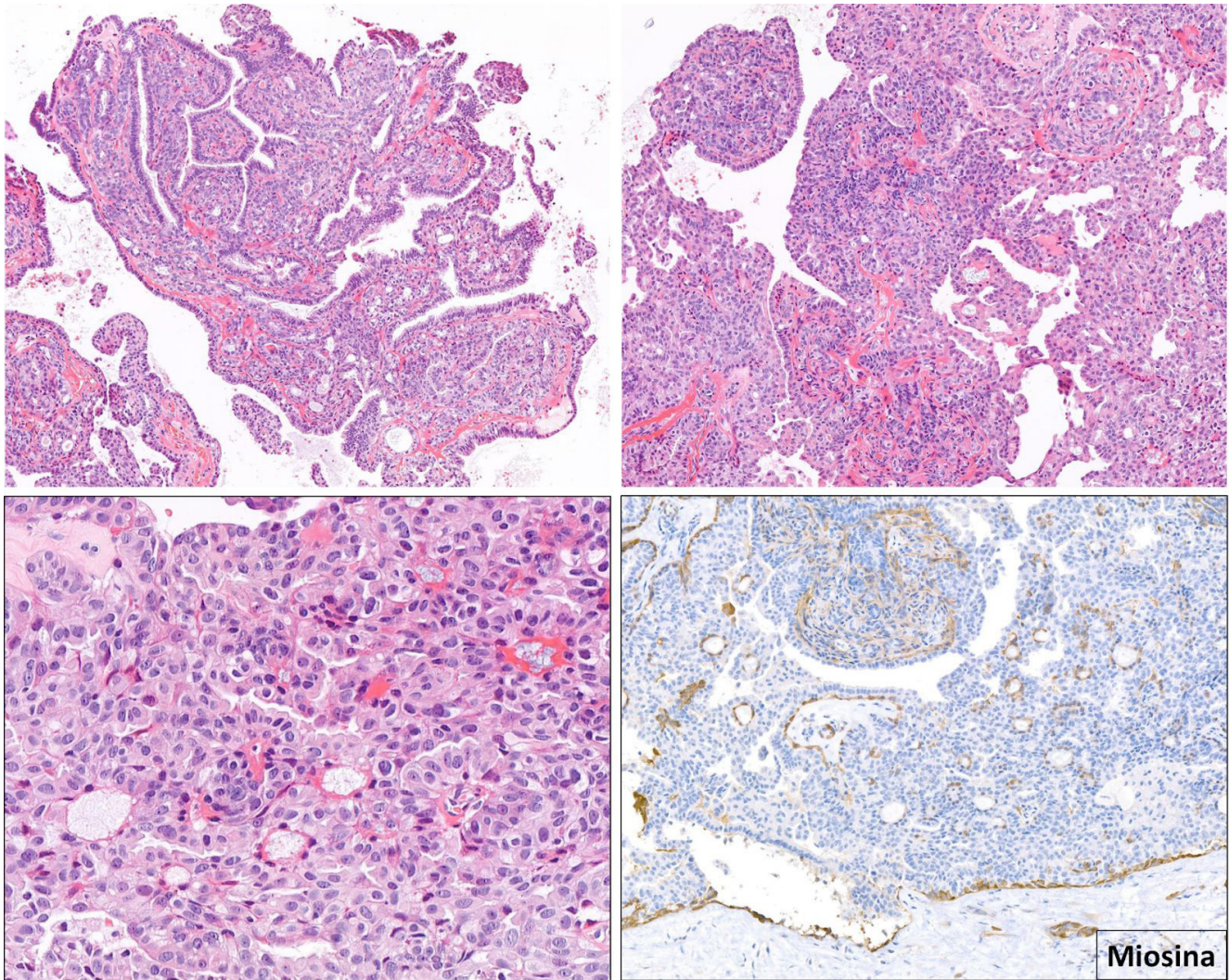
El diagnòstic va ser el de "proliferació epitelial i mioepitelial amb component quístic" amb un comentari dient que "les troballes citològiques plantegen el diagnòstic diferencial entre una lesió papil·lar, un adenomioepitelioma, i, degut a la presència de glòbuls hialins, no es pot descartar un tumor de tipus glàndula salival (carcinoma adenoide quístic o adenoma pleomorf)".

LESIÓ PAPIL·LAR	ADENOMIOEPITELIOMA	CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTIC
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poden presentar hiperplàsia ductal o mioepitelial.</li> <li>• Canvis d'esferulosi col·làgena (molt poc freqüent).</li> <li>• Diagnòstic diferencial amb hiperplàsia ductal, fibroadenoma i adenomioepitelioma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Molt poc freqüents.</li> <li>• Diagnòstic citològic difícil.</li> <li>• Frotis hipercel·lulars amb doble població de cèl·lules epitelials i mioepitelials fusocel·lulars.</li> <li>• Poden tenir canvis quístics i àrees papil·lars.</li> <li>• Diagnòstic diferencial amb c. adenoide quístic.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llençols de cèl·lules petites amb glòbuls rodons hialins.</li> <li>• Cèl·lules de nuclis rodons amb cromatina gruixuda i escàs citoplasma.</li> <li>• Planteja diagnòstic diferencial amb l'esferulosi col·làgena i adenomioepitelioma</li> </ul>

**Figura 4.** Diagnòstic diferencial de les troballes a la citologia amb els punts més importants.



## QUE HE APRÈS AMB AQUEST CAS



**Figura 5.** Biòpsia assistida per buit on veiem una lesió papil·lar on destaca la hiperplàsia ductal usual i la presència d'uns glòbuls rodejats per mioepitelials (positivitat immunohistoquímica per a miosina), compatible amb esferulosi col·làgena

Fixant-nos en el sistema de Yokohama, el qual estableix 5 categories que van des de l'insuficient passant per benigne, atípic, sospitos i maligne, el nostre encaixaria en la categoria d'atípic que es defineix per la presència de característiques citològiques observades predominantment en processos o lesions benignes, amb l'addició d'algunes característiques poc freqüents en lesions benignes i que es poden observar en lesions malignes.

### Troballes histològiques

Posteriorment, es va decidir realitzar una biòpsia assistida per buit (BAB) ja que la lesió presentava característiques benignes i una petita grandària (Figura 5). La biòpsia és va diagnosticar de papil·loma intraductal amb hiperplàsia ductal usual i hiperplàsia mioepitelial focal.

Es va posar un comentari dient que "en el si de la hiperplàsia ductal usual s'observen algunes imatges que corresponen a esferulosi col·làgena. S'ha plantejat el diagnòstic diferencial amb adenomioepitelioma però l'aspecte arquitectural i citològic afavoreixen més el diagnòstic de papil·loma. No s'objectiva atípia".

### DISCUSSIÓ

Revisant la literatura trobem que la PAAF va molt bé per a les lesions quístiques ja que la majoria són quists simples i la tècnica resulta diagnòstica i terapèutica.

No obstant, en el cas de les lesions quístiques papil·lars el diagnòstic és més complex, entre altres coses perquè no es pot diferenciar entre lesió infiltrant i no infiltrant.

Per això, en cas que ho vegem es recomana no catalogar-ho ni com a benigne ni com a maligne, sinó intentar posar atípic si ens sembla més benigne o posar sospitós si ens sembla més maligne (1). Els punts que van a favor d'atípic són: gran quantitat de mioepiteliales, nuclis arrodonits, cèl·lules escumoses, metaplàsia apocrina, inflamació. A favor de sospitós: poques mioepiteliales, moltes cèl·lules aïllades, freqüents cèl·lules altes/columnars amb un nucli uniforme i elongat, la presència de sang o hemosideròfags.

Així i tot, sí que es pot diagnosticar un carcinoma papil·lar gràcies a la immunohistoquímica realitzada en el bloc cel·lular on veuríem absència de cèl·lules mioepiteliales.

En un altre estudi es va intentar buscar aquelles característiques dins de les lesions papil·lars que van més a favor de lesió maligna (2). En aquest estudi els va sortir estadísticament significatiu:

- L'absència d'un fons quístic
- El baix nombre de nuclis bipolars nus
- La discohesivitat
- Major edat. ■

#### Bibliografia

1. He X, Wang I, Nam G, Lourenco AP, Pisharodi L. A 10 year retrospective review of fine needle aspiration cytology of cystic lesions of the breast with emphasis on papillary cystic lesions. *Diagn Cytopathol.* 2018;1-4. <https://doi.org/10.1002/dc.24123>
2. Weigner, J., Zardawi, I., Braye, S., & McElduff, P. (2015). The Conundrum of Papillary Breast Lesions within the C3 Category. *Acta Cytologica*, 59(4), 289-297. <https://doi.org/10.1159/000438817>
3. Cibas, E. S., & Ducatman, B. S. (2019). *Cytology E-Book: Diagnostic Principles and Clinical Correlates*. Elsevier Health Sciences.
4. Field, A. S., Raymond, W. A., & Schmitt, F. (2020). *The International Academy of Cytology Yokohama System for Reporting Breast Fine Needle Aspiration Biopsy Cytopathology*. Springer Nature.