

MEMTÀSTASI CARCINOMA LOBEL·LAR A VAGINA

Salma Al Galmaue El Masoudi; Gisela Margarit Torras; Daniel Badia Jobal; Montse Sardà Roca; Maria Alejo Sánchez.
 Consorci Hospitalari de Vic ; Vic

INTRODUCCIÓ

Els tumors vaginals malignes presenten una incidència baixa i la gran majoria dels tumors acostumen a ser metàstasi. Per aquest motiu us presentem un cas de metàstasi d'un Carcinoma de mama tipus lobel·lar a la vagina.

CAS CLÍNIC

Dona de 65 anys amb antecedents de neoplàsia de mama fa més de 10 anys i diagnòstic de bufeta hiperactiva, que acut al hospital per sondatge. Durant l'exploració física es detecta una massa a la cara anterolateral i posterior dreta de la vagina. Aquesta lesió es mostra dura, friable i sagnant. A la RMN s'observa que la massa presenta unes dimensions de 4,8x2,7x3 cm. Se li realitza una citologia vaginal, que es processa en ThinPrep i una biòpsia amb trucut concomitant.

Troballes citològiques

A l'extensió vaginal s'identifica un fons net on es localitza una població cel·lular escamosa sense alteracions morfològiques i una població de cèl·lules petites d'aspecte glandular disposades en petits grups discohesius i aïllades.

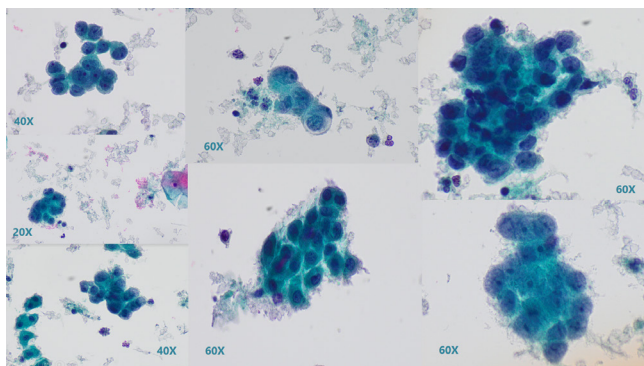


Figura 1. Població cel·lular maligna detectada en la citologia. Citologia Thinprep PAP.

La població glandular presenta característiques morfològiques atípiques, monomorfisme i augment de la relació nucli/citoplasma. Els nuclis són rodons amb hiper cromàsia variable, membrana nuclear regular llisa i nuclèol prominent. El citoplasma és escàs i basòfil.

Amb aquestes característiques citològiques es realitza el diagnòstic: Positiu per a cèl·lules malignes. Es va plantejar si es tractava d'un tumor primari o metàstasi, però al no disposar de bloc cel·lular s'impossibilita fer immunocitoquímica.

Troballes histològiques

A la biòpsia es va identificar una infiltració neoplàstica constituïda per cèl·lules de mida petita amb escassa atípia que es distribuïa de manera difusa i en filera amb mínima desmoplàsia.

Es realitzen tècniques immunohistoquímiques observant-se:

- Positivitat per:
 - o Receptors d'estrògens i progesterona positius.
 - o CK-7 positiva en cèl·lules tumorals.

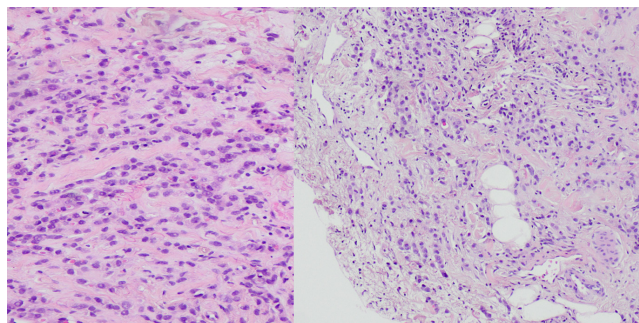


Figura 2. Biòpsia massa vaginal, HE.

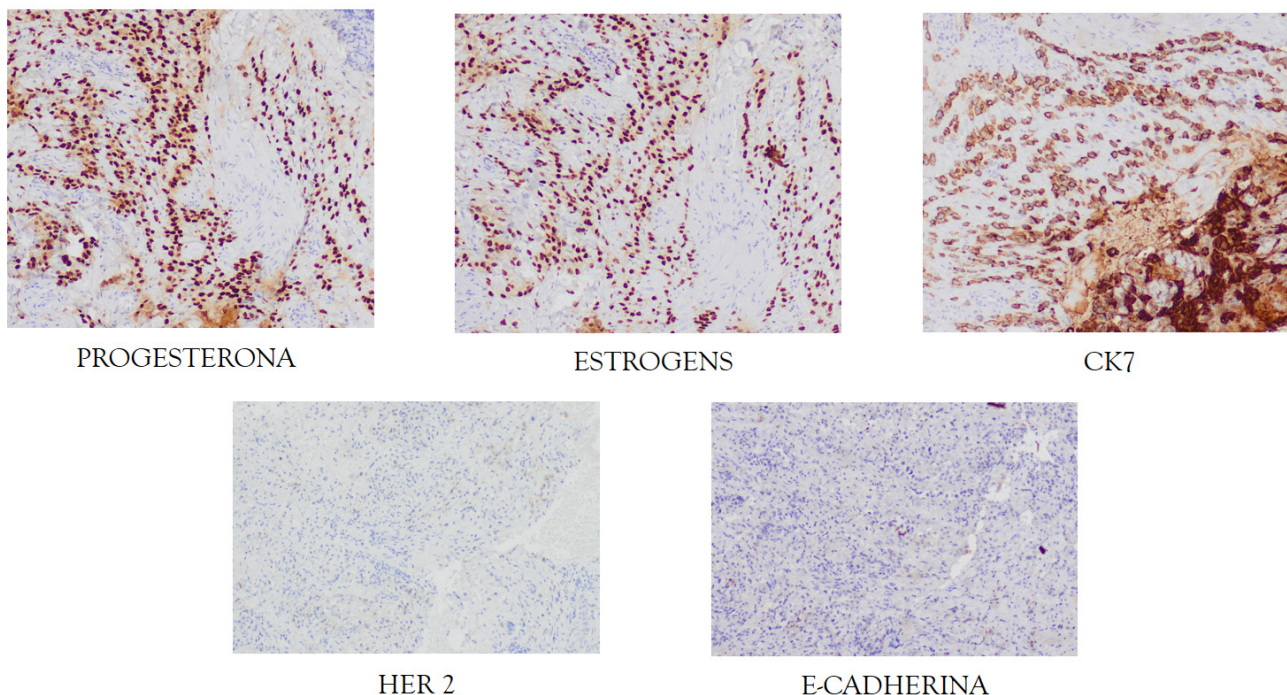


Figura 3. Panell immunohistoquímic realitzat a la biòpsia.

- o KI-67 2% de nuclis positius.
- Negativitat per:
 - o E-cadherina.
 - o Her2-NEU.

Amb les característiques morfològiques, el perfil immunohistoquímic i la història clínica es va fer el diagnòstic: COMPATIBLE AMB METÀSTASI DE CARCINOMA LOBEL·LAR PREVI CONEGUT.

DISCUSSIÓ

Els tumors primaris de vagina tenen una incidència d'1-2%, aquests només poden ser diagnosticats quan no hi ha evidència clínica o histològica de lesió cervical o vulva en els últims 5 anys. Un 90% dels tumors primaris són Carcinomes escamosos i un 10% són adenocarcinomes (ADCA). Els limfomes, sarcomes i melanomes són extremadament infreqüents. Dins dels ADCA primaris de vagina tenim: l'ADCA Associat a HPV, l'ADCA Cèl·lula clara, l'ADCA Endometrioides, l'ADCA Mucinos tipus gàstric, l'ADCA Mucinos tipus intestinal, l'ADCA Mesonephric i el Carcinosarcoma.

Malgrat que la incidència de metàstasis a la regió genital femenina és molt baixa, sobretot a la regió vaginal, cal tenir en compte que el 80% dels tumors vaginals són

metàstasi (endometri, trofoblaste, ovari, limfoma, mama) o secundaris (cèrvix i vulva) d'altres tumors.

En el nostre cas la valoració citològica inicial va ser positiu per a cèl·lules malignes, però ens recordava a un ADCA. Donat que els ADCA primaris de vagina no tenen cap característica citològica específica i presenten una baixa incidència vam sospitar d'una metàstasi, però no disposàvem d'un bloc cel·lular per a fer un diagnòstic més precís. Així que a posteriori vam realitzar una revisió de la citologia amb la histologia concomitant on vam poder detectar que la cel·lularitat atípica presentava una morfologia i un patró molt similar. Concloent, que es tractava de la metàstasi del carcinoma de mama.

El carcinoma lobel·lar té una incidència del 10-15% dels carcinomes de mama, aquests en un 30-50% donen metàstasi principalment als ossos entre altres localitzacions (figura 4). El Carcinoma lobel·lar és més freqüent que metastatitzi al tracte genital femení que el Carcinoma ductal o no especificat, però aquesta localització no deixa de ser una metàstasi infreqüent. Es denomina metàstasi infreqüent quan presenten una freqüència metastàtica <1%. Aquestes localitzacions són: el sistema nerviós, òrgans i glàndules secretores i òrgans ginecològics.

Normalment, quan es dona una metàstasi infreqüent és després dels anys i després que s'hagi donat alguna de les metàstasis freqüents, com en aquest cas.

RODA DE CASOS

La nostra pacient ja presentava una metastasi en os i ganglis quan es va diagnosticar el tumor primari, localitzacions freqüents on acostuma a fer metastasi el Ca lobel·lar.

Ossos	40-50%
Fetge	20-30%
Pulmó	15-20%
Ovari i Úter	10-15%
Tracte Gastrointestinal	6-18%

Figura 4. Taula de la freqüència de metastasis del Carcinoma lobel·lar.

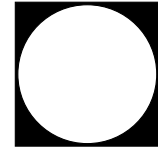
CONCLUSIONS:

Es indispensable disposar d'una bona història clínica, i sempre que sigui possible revisar el material cito-histològic previ del pacient.

Es recomana realitzar un bloc cel·lular per realitzar tècniques immunocitoquímiques i donar un diagnòstic més precís. ■

Bibliografia

1. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female genital tumours [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 4). Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/34>.
2. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Breast tumours [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2019. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 2). Available from: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/32>.
3. Rosa Di Micco; Letizia Santurro; Maria Luisa Gasparri; Veronica Zuber; Enrico Fiacco, Guglielmo Gazzetta; Chanel Elisha Smart; Alice Valentini; and Oreste Davide Gentilini. Rare sites of breast cancer metastasis: a review. *Transl Cancer Res.* 2019 Oct; 8(Suppl 5): S518–S552. Doi: 10.21037/tcr.2019.07.24
4. Pineda A; Sall S. Metastasis to the vagina from carcinoma of the breast. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1998 Nov;27(7):714-7 PMID: 671397.
5. Filippo Bellati; Innocenza Palaia; Maria Luisa Gasparri; Angela Musella and Pierluigi Benedetti Panici. First case of isolated vaginal metastasis from breast cancer treated by surgery. *BMC Cancer* 2012;12:479. 10.1186/1471-2407-12-479 Doi: 10.1186/1471-2407-12-479.
6. Nayar, R. and Wilbur, D.C. (Eds.) *The Bethesda System for reporting cervical cytology: Definitions, criteria, and explanatory notes.* Third Edition. USA. Springer, 2015. ISBN 978-3-319-11073-8.



Instruccions pels autors

La revista *Citopat.cat* publicarà continguts relacionats amb la citologia o especialitats afins en forma d'articles originals, casos clínics, revisions, seccions docents, imatges citològiques o contribucions especials i cartes al director.

Els manuscrits s'enviaran per la seva avaluació per part del Comitè Editorial a través de la direcció <http://citopat.cat> a la secció: Revista - Editorial manager Revista - Envia.

L'autor principal enviarà el manuscrit mitjançant el formulari, incloent-hi totes les seccions (text, referències bibliogràfiques, taules, imatges i contingut addicional). La extensió del treball i el seu format en funció de la secció es:

Treballs de les Sessions

Tindran una extensió màxima de 9.000 caràcters (1.500 paraules aprox) amb un total de 5 figures o taules i un màxim de 15 referències bibliogràfiques. Seccions:

- **Títol:** Unes 15 paraules o 90 caràcters aproximadament.
- **Autors:** Nom i cognoms de cadascun dels autors.
- **Institució:** Nom complet del centre de treball.
- **Correu electrònic:** Correu electrònic de l'autor a qui han d'enviar-se les galeres.
- **Cos del text:** Introducció, Material i mètodes/Cas clínic, Resultats, Discussió/comentaris.
- **Bibliografia:** Ha d'estar referenciada de forma numèrica i correlativa en el text.
- **Peus de figura:** descripció de cada figura/taula. Han d'estar referenciades de forma numèrica i correlativa en el text.
- **Figures i/o taules:** S'enviaran en documents separats. Han de tenir suficient resolució per a la seva correcta publicació.

Treballs Originals

Tindran una extensió màxima de 15.000 caràcters (2.500 paraules aprox) (sense incloure resum ni bibliografia) i 5 figures o taules. Seccions:

- **Títol:** Unes 15 paraules o 90 caràcters aproximadament.
- **Autors:** Nom i cognoms de cadascun dels autors.
- **Institució:** Nom complet del centre de treball.
- **Correu electrònic:** Correu electrònic de l'autor a qui han d'enviar-se les galeres.
- **Text:**
 - **Abstract:** Resum estructurat de màxim 1.200 caràcters (200 paraules aprox).
 - **Introducció:** Informant de la importància i el propòsit del treball.
 - **Material i mètodes:** Explicant com es va fer la investigació.
 - **Resultats:** Descripció de les troballes de l'estudi.
 - **Discussió/conclusions:** Explica els resultats i els compara amb el coneixement previ del tema.
 - **Peus d'imatge:** Descripció del que s'il·lustra a les imatges.
 - **Bibliografia:** Enumerada segons l'ordre d'aparició en el text i seguint les normes de Vancouver.
- **Imatges:** S'enviaran en documents separats. En color i amb una resolució suficient per a la seva publicació.
- **Taules:** Identificades amb números aràbics, amb peu de taula indicant notes explicatives.

Revisions i articles docents

Es faran per invitació o amb aprovació prèvia del tema per part del comitè editorial establint-se l'extensió i el número de figures o taules. El format serà lliure per adaptar-se a la presentació del tema.

Treballs de la Roda de Casos

Tindran una extensió màxima de 6.000 caràcters (1.000 paraules aprox) amb un total de 4 figures o taules i un màxim de 10 referències bibliogràfiques. Seccions:

- **Títol:** d'unes 15 paraules o 90 caràcters aproximadament.
- **Autors:** Nom i cognoms de cadascun dels autors.
- **Institució:** Nom complet del centre de treball.
- **Correu electrònic:** Correu electrònic de l'autor a qui han d'enviar-se les galerades.

- **Cos del text:** Introducció, Cas clínic (on es descriuran: història clínica, troballes, resultats de les tècniques, correlació anatomopatologia, diagnòstic diferencial, diagnòstic definitiu...), Discussió/comentaris.
- **Bibliografia:** Ha d'estar referenciada de forma numèrica i correlativa en el text.
- **Peus de figura:** descripció de cada figura/taula. Han d'estar referenciades de forma numèrica i correlativa en el text.
- **Figures i/o taules:** S'enviaran en documents separats. Han de tenir suficient resolució per a la seva correcta publicació.

Imatges Citològiques

Format breu que inclourà un text de màxim 3.000 caràcters (500 paraules aprox) i 2 figures o taules per a descriure una imatge citològica insòlita o peculiar. S'admeten fins a 3 referències bibliogràfiques si són necessàries.

Cartes al Editor:

Treballs dirigits a l'Editor en el que s'aportaran arguments en contra o a favor de treballs publicats anteriorment a la revista. L'extensió màxima serà de 3.000 caràcters (500 paraules aprox), una figura o taula i un màxim de 5 referències bibliogràfiques. El número d'autors es limitarà a tres.

En tots els casos:

- Els autors evitaràn en la mesura del possible realitzar **edicions de les imatges:** «collages», incrustar el text, afegir-hi marcs, etc. havent d'enviar sempre les imatges el menys manipulades possible, ja que aquestes edicions dificulten la maquetació posterior.
- Les **taules** es remetràn en format text, preferentment en format Excel, no com a imatge.
- Els autors faran esmena en l'enviament del manuscrit de possibles **conflictes d'interès**, responsabilitats ètiques i possibles fonts de finançament del treball.
- L'autor principal transmetrà en nom de la resta de contribuïdors la **cessió del drets d'autor** a *Citopat.cat*.

Aquestes seccions estaran en el editorial manager escrites de forma que a l'enviar s'hagi de clicar l'opció d'estar-hi conforme.

Moltes gràcies

SOCIETAT
CATALANA
DE CITO
PATOLOGIA

