

PERÒ QUÈ ÉS AIXÒ?

Judith Rodriguez; Eider Rodiño; Alexandra Matrero; Judit Farre; Eduard Dorca; Roger Llatjós; Mar Varela; Lara Pijuan.

Hospital Universitari de Bellvitge; Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

INTRODUCCIÓ

Establir el diagnòstic en una mostra citològica que presenta atípia lleu pot resultar complex especialment quan cal diferenciar entre reactivitat (com per exemple la hiperplàsia de pneumòcits tipus II) o malignitat. En aquests casos, aprofundir bé en la història clínica i valorar en conjunt la citologia amb la biòpsia és una eina fonamental per orientar el diagnòstic de manera acurada.

CAS CLÍNIC

Es presenta el cas d'un pacient de 55 anys, no fumador, amb símptomes respiratoris i febre, sense bona resposta a tractament antibiòtic. La tomografia computada (TC) toràcica evidència condensacions parenquimatoses en ambdós pulmons, orientant com a primera opció el diagnòstic clínic d'una pneumònia bilateral. Es consideren com a diagnòstics diferencials una pneumònia organitzativa i un adenocarcinoma pulmonar.

Se li decideix realitzar al pacient un rentat broncoalveolar (BAL), un broncoaspirat (BAS) i una biòpsia bronquial.

Troballes citològiques

El BAL i el BAS mostra un fons inflamatori mixt amb macròfags i la presència d'uns grups cel·lulars epitelials en quantitat moderada (Fig.1). Aquests grups de cèl·lules es disposen de forma cohesiva amb nuclis rodons generalment monòtons. S'observa certa irregularitat en la membrana nuclear així com també una alteració en la relació nucli-citoplasma. (Fig.2 i 3)

A la biòpsia bronquial s'observen escassos grups cel·lulars flotant als espais alveolars, morfològicament similars a les troballes citològiques. (Fig.4)

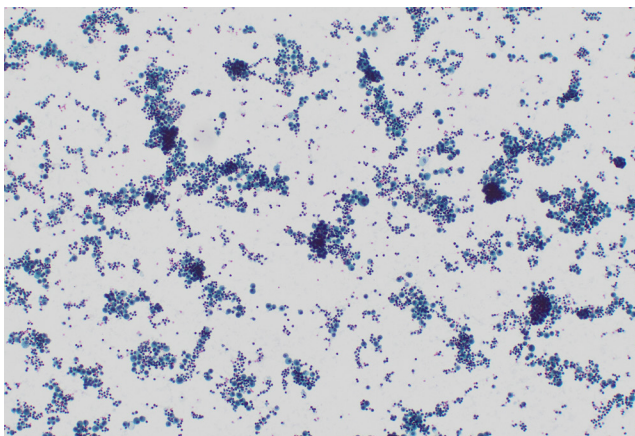


Figura 1. Rentat alveolar (10x) Grups cel·lulars hiper cromàtics. No s'observen cèl·lules aïllades. Fons inflamatori amb macròfags.

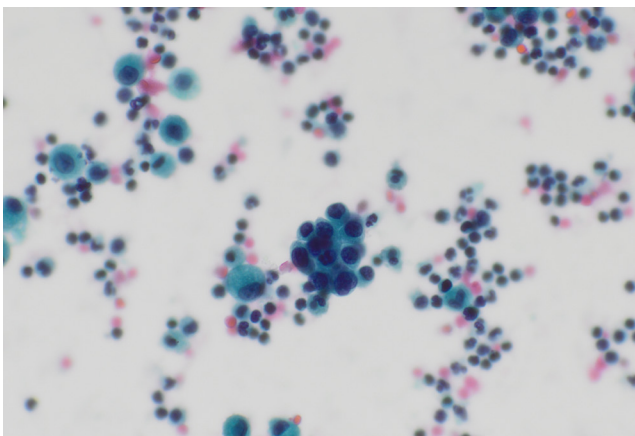


Figura 2. Rentat alveolar (60x). Cèl·lules amb nuclis generalment monòtons. S'observa alteració en la relació nucli-citoplasma i alguna petita irregularitat en la membrana nuclear.

Atesa la morfologia i la distribució cel·lular, es descarta la hiperplàsia de pneumòcits tipus II i l'adenocarcinoma lepidic, ja que aquestes lesions habitualment conserven l'adhesió a la paret alveolar i no els trobaríem descamant-se dins dels alvèols.

Bibliografia

1. Binesh F, Pirdehghan A, Mirjalili MR, Samet M, Majomerd ZA, Akhavan A. Comparative assessment of the diagnostic value of transbronchial lung biopsy and bronchoalveolar lavage fluid cytology in lung cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(1):201-4. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.1.201. PMID: 25640352.
2. Tao LC, Weisbrod G, Ritcey EL, Ilves R. False "false-positive" results in diagnostic cytology. *Acta Cytol*. 1984 Jul-Aug;28(4):450-6. PMID: 6087589.
3. Idowu MO, Powers CN. Lung cancer cytology: potential pitfalls and mimics - a review. *Int J Clin Exp Pathol*. 2010 Mar 25;3(4):367-85. PMID: 20490328; PMCID: PMC2872744.
4. Saad RS, Silverman JF. Respiratory cytology: differential diagnosis and pitfalls. *Diagn Cytopathol*. 2010 Apr;38(4):297-307. doi: 10.1002/dc.21205. PMID: 19856422.