

DIAGNÒSTIC CITOLÒGIC D'UN LIMFOMA DIFÚS DE CÈL·LULA GRAN B MITJANÇANT PAAF GUIADA PER EBUS: A PROPÒSIT D'UN CAS

Laura López Vilaró, Mireia Montserrat Gómez; Carla Guerrero Rico; Tania Vázquez Del Olmo; Agustín Clua González.

Hospital De La Santa Creu I Sant Pau; Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Introducció:

La citopatologia del gangli limfàtic és una tècnica mínimament invasiva i econòmica, àmpliament utilitzada en la pràctica assistencial. El material citològic obtingut és versàtil i permet diagnosticar des de limfadenopaties inflamatòries i infeccioses fins a neoplàsies primàries o metastàtiques.

No obstant això, el diagnòstic de processos limfoproliferatius basat exclusivament en citologia continua sent controvertit, fet que ha motivat la necessitat de sistematitzar aquest tipus d'estudis.

En el 20è Congrés Internacional de Citologia celebrat a Sydney l'any 2019, es va proposar una classificació específica per a la citopatologia del gangli limfàtic (Classificació de Sydney)¹. Posteriorment, l'Organització Mundial de la Salut (WHO)^{2,3} ha publicat un sistema estandarditzat per reportar la citologia ganglionar. Aquest sistema defineix cinc categories diagnòstiques basades en les troballes citològiques, la clínica i les dades radiològiques: Insuficient/Inadequat/No diagnòstic, Benigne, Atípic, Sospitós i Maligne. Cada categoria s'associa a un risc de malignitat⁴ i orienta l'ús de tècniques complementàries per precisar el diagnòstic específic. Aquestes propostes permeten estandarditzar els informes citològics, millorar la comunicació entre professionals i facilitar la presa de decisions clíniques^{1,2,3}.

Cas clínic :

Es presenta el cas d'una pacient de 36 anys, sense antecedents mèdics rellevants ni hàbits tòxics, que consulta inicialment al CAP per tos, hemoptisi autolimitada i pèrdua ponderal de 2 kg.

Es realitza una tomografia computada (TC) sense contrast, on s'identifica una lesió pulmonar. Davant la sospita de neoplàsia, s'indica una TC amb contrast i una PET, i es deriva la pacient a la Unitat de Diagnòstic de Càncer de Pulmó de l'Hospital de Sant Pau.

La TC amb contrast mostra un defecte de repleció a l'artèria pulmonar superior del pulmó dret, compatible amb embolisme pulmonar. A més, s'observa una massa sòlida mediastínica parahiliar dreta, suggestiva de procés neoproliferatiu, que infiltra per contigüitat l'aurícula esquerra i la vena pulmonar inferior dreta. La PET revela adenopaties mesentèriques altament sospitoses d'infiltració neoplàsica.

Es realitza una broncoscòpia amb punció aspirativa amb agulla fina (PAAF) de ganglis limfàtics mediastítics mitjançant EBUS. S'exploren diversos territoris, destacant el peribronquial dret (10R) i el paratraqueal inferior dret (2R). Al ROSE (Room On Site Evaluation) de les extensions es visualitzen agregats de cèl·lules atípiques sobre fons linfoide, amb presència ocasional de cèl·lules bronquials.

Les tincions de Papanicolaou (Figura 1) mostren agregats de cèl·lules de mida intermèdia, amb escàs citoplasma, emmotllament nuclear i cromatina granular. L'estudi més exhaustiu revela també cèl·lules atípiques descohesives, de mida intermèdia-gran, amb pleomorfisme, anisocitosi, nuclis irregulars, citoplasma escàs i presència de mitosis. En algunes zones s'observa fons amb debris cel·lular, antracosi i cèl·lules tumorals amb nuclis convolutos i petits nuclèols.

Tot i les troballes citològiques, el bloc cel·lular obtingut va resultar molt hemàtic i poc valorable.

DIAGNÒSTIC CITOLÒGIC D'UN LIMFOMA DIFÚS DE CÈL·LULA GRAN B MITJANÇANT PAAF GUIADA PER EBUS: A PROPÒSIT D'UN CAS

La pacient presenta una excel·lent resposta al tractament, i tres mesos després del diagnòstic es troba en remissió completa segons TC-PET.

Resultats:

El cas presentat correspon a una pacient sense antecedents mèdics rellevants, diagnosticada de limfoma difús de cèl·lula gran B (LDCGB) amb disseminació ganglionar supra i infradiafragmàtica, i afectació secundària del parènquima pulmonar, dels grans vasos mediastínics i de l'aurícula esquerra.

Tot i que la simptomatologia inicial era toràcica i les proves d'imatge suggerien una neoplàsia pulmonar primària, la TC amb contrast va evidenciar que la infiltració pulmonar era secundària, resultant de l'extensió del procés limfoproliferatiu. L'inici del tractament es va agilitzar gràcies al diagnòstic precoç realitzat en bases al material de la PAAF i a l'estudio immunocitoquímic.

Discussió / Comentaris:

Els LDCGB primaris pulmonars són entitats molt infreqüents, representant aproximadament el 10% dels limfomes no Hodgkin toràcics i només el 0,4% de tots els limfomes⁵. El diagnòstic d'un limfoma primari pulmonar requereix descartar afectació ganglionar extrapulmonar o a distància, criteri que no compleix el cas presentat, que correspon a un LDCGB nodal amb extensió secundària pulmonar.

En el maneig de pacients amb limfadenopaties, el diagnòstic citològic mitjançant PAAF pot ser clau. Malgrat la complexitat diagnòstica, aquesta tècnica permet obtenir resultats ràpids, especialment si es combina amb l'avaluació ROSE, i iniciar tractaments dirigits de manera precoç.

Cal tenir present que en molts casos amb sospita de procés limfoproliferatiu, el diagnòstic citològic serà preliminar, i serà necessària una biòpsia ganglionar per confirmar el diagnòstic histològic.

Seguint les recomanacions dels sistemes de classificació de Sydney i de la WHO, és fonamental aprofitar el material citològic per realitzar estudis complementaris com: Immunocitoquímica (tant en extensions com en bloc cel·lular), citometria de flux, citogenètica i seqüenciació genètica (NGS).

El sistema de la WHO permet estandarditzar els diagnòstics, definir el risc de malignitat associat a cada categoria i orientar sobre les tècniques complementàries més adequades, millorant així la presa de decisions clíniques. ■

Bibliografia

1. Mousa A, Al-Abbadi, Helena Barroca, Beata Bode-Lesniewska, Maria Calaminici, Nancy P. Caraway, David F. Chhieng, Immacolata Cozzolino, Mats Ehinger, Andrew S. Field, William R. Geddie, Ruth L. Katz, Oscar Lin, L. Jeffrey Medeiros, Sara E. Monaco, Arvind Rajwanshi, Fernando C. Schmitt, Philippe Vielh, Pio Zeppa; A Proposal for the Performance, Classification, and Reporting of Lymph Node Fine-Needle Aspiration Cytopathology: The Sydney System. *Acta Cytologica* 10 July 2020; 64 (4): 306–322.
2. Gao Y, Monaco SE, Katz RL, Zhang YH. Introduction of the WHO Reporting System for Lymph Node Cytopathology. *J Clin Transl Pathol.* 2024;4(1):36-43. doi: 10.14218/JCTP.2023.00044.
3. WHO Reporting System for Lymph Node, Spleen, and Thymus Cytopathology. IAC-IARC-WHO Cytopathology Reporting Systems, 1st Edition, Volume 3.
4. Das S, Das A, Das B. Application of the Sydney System for Classification and Reporting Lymph Node Cytopathology to Assess the Risk of Malignancy and its Diagnostic Accuracy. *J Cytol.* 2024;41(4):201-206. doi:10.4103/joc.joc_168_23.
5. Xu H, Xu K, Wang R, Liu X. Primary Pulmonary Diffuse Large B-Cell Lymphoma on FDG PET/CT-MRI and DWI. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(29):e1210. doi:10.1097/MD.0000000000001210.