

PAAF DE GANGLIO

DR. J. M. Vigner

Sección de Citología. Dpto. Anatomía Patológica

Hospital Universitario La Paz

La PAAF de ganglio es una técnica diagnóstica de primer escalón, extraordinariamente útil en el diagnóstico y clasificación de los pacientes con adenopatías.

Cuando nos enfrentamos a un ganglio linfático tenemos que responder a las siguientes preguntas:

¿ Es un proceso benigno o maligno?

Si es benigno ¿es específico o no?

Si es maligno ¿es un linfoma o una metástasis?

Si respondemos acertadamente a estas tres cuestiones, clasificamos a los enfermos en tres grandes grupos: Pacientes con un proceso benigno, pacientes con un linfoma y enfermos con un carcinoma diseminado. Esto supone un manejo del paciente por equipos medicoquirúrgicos diferentes y una priorización distinta de pruebas diagnósticas, lo que repercute en confort para el paciente y en ahorro de recursos.

PATRONES CITOLÓGICOS DE LOS PROCESOS BENIGNOS

Si la PAAF se realiza en el momento adecuado del diagnóstico (primer escalón), son los cuadros que con más frecuencia encontraremos.

Linfadenitis reactiva: Abundante celularidad

Patrón polimorfo(Linfocitos en todos los estadios madurativos)

Presencia de histiocitos con cuerpos tingibles

Células de la sangre

Linfadenitis específicas. La especificidad podemos establecerla en función de dos hechos: La identificación del agente causal(Leishmaniosis, hongos etc.). Este hecho es poco frecuente.

Mucho más frecuente es que aparezca un tipo específico de reacción tisular(linfadenitis granulomatosa, linfadenitis de Kikuchi, Toxoplasmosis, Enf. de Rosai-Dorfman, etc)

Linfadenitis granulomatosas : En nuestro medio relacionadas sobre todo con micobacterias.

Presencia de: Granulomas

Células gigantes

Necrosis

Inflamación aguda

Linfadenitis de Kikuchi. Hallazgo clave: Histiocitos pequeños de núcleo retorcido con fagocitosis de restos nucleares o no fagocíticos.

Toxoplasmosis : Hallazgo clave: Microgranulomas

Enf. de Rosai-Dorfman: Hallazgo clave: Histiocitos grandes con emperipolesis/linfocitosis

PATRONES CITOLÓGICOS DE LOS PROCESOS MALIGNOS

METÁSTASIS

Los procesos malignos más frecuentes son las metástasis. El paciente metastático lo vamos a encontrar en dos situaciones diferentes: Pacientes con carcinoma conocido que en su evolución desarrollan una adenopatía y enfermos que son portadores de un carcinoma cuya primera manifestación clínica es la aparición de una adenopatía.

En ambos casos la PAAF confirma, si es así, que se trata de una metástasis, con el ahorro de una cirugía del ganglio. Además en el caso de un tumor no conocido, considerando los hallazgos celulares, el tipo de tumor, el drenaje linfático del ganglio afectado y la ayuda del estudio inmunohistoquímico puede orientar al clínico por donde empezar a buscar.

El patrón citológico de las metástasis presenta una disminución o desaparición del componente linfoide y la presencia de grupos epiteliales con las características propias de los diferentes tumores.

Dentro de las metástasis, requiere especial atención el patrón citológico del carcinoma epidermoide poco diferenciado de nasofaringe (**linfoepitelioma**) ya que prácticamente solo veremos su morfología en las metástasis.: **Hallazgos clave:** Presencia de células epiteliales, de núcleo muy voluminoso, redondo u oval, de cromatina generalmente clara, con nucleolos prominentes y citoplasmas poco densos, dispuestas de manera aislada o en grupos de morfología sincitial.

LINFOMAS

La primera consideración que desde mi punto de vista debemos hacer es que la misión de un patólogo general que practica la citología por aspiración no es sustituir el estudio histológico de los linfomas con el material de PAAF.

El diagnóstico de los linfomas en citología por aspiración debemos realizarlo paso a paso tratando de dar información veraz al clínico aunque no aportemos al final el diagnóstico exacto del tipo de linfoma, que en un considerable número de casos sí será posible.

Otro hecho importante es que debemos aprovechar al máximo las características morfológicas de cada caso y en base a ellas ordenar los estudios complementarios.

Inicialmente debemos tratar de clasificar los linfomas en Hodgkin y no Hodgkin.

No es posible distinguir en el material citológico los diferentes tipos de linfoma de Hodgkin.

Linfoma de Hodgkin : Hallazgos citológicos: Fondo “reactivo”

Células de Sternberg
Células de Hodgkin
Células polilobadas
Eosinófilos
Granulomas

Problemas diagnósticos: Linfomas NH con células grandes
Tumores no linfoides con “patrón linfoma” y células grandes
Cuadros supurativos.

Linfomas no Hodgkin : Existe una gran variedad de estos procesos malignos y la citología, en un número variable de ocasiones, no nos permitirá identificar totalmente el tipo de linfoma del que se trata. No obstante considerando la morfología y utilizando de forma racional las técnicas complementarias, obtendremos una buena rentabilidad en el diagnóstico de estas patologías.

El diagnóstico debemos hacerlo paso a paso:

1.- Lo primero que llama la atención en estos casos es la presencia de un **patrón monomorfo o de un predominio evidente de un tipo de linfocitos**, con pérdida del “polimorfismo reactivo”.

2.- Visto el patrón monomorfo ¿que tamaño tienen los linfocitos que proliferan?

3 - ¿Son frecuentes las mitosis?

4 - ¿Hay mucha cariorrexis?

Si los linfocitos son pequeños, hay pocas mitosis y poca cariorrexis, probablemente es un linfoma de bajo grado. Por el contrario si los linfocitos son grandes, la tasa de mitosis es alta y la cariorrexis evidente, probablemente es un linfoma de alto grado.

Por otra parte será útil valorar para establecer el tipo de linfoma si la población proliferante son linfocitos pequeños, células hendidas pequeñas, células grandes o blastos.

Problemas diagnósticos: Linfomas de bajo grado
Linfomas de patrón polimorfo.

En último termino la utilización de IHQ (CD20, CD3, CD15, CD30, ALK etc) así como el poder demostrar reordenamiento de las fracciones de la IgH y de la Tcr-Gamma y también la citometría de flujo nos van a permitir realizar mejores diagnósticos.

Este planteamiento sencillo y práctico de la PAAF de ganglio linfático ha sido bien entendido por los servicios médicos y quirúrgicos del hospital, como lo demuestra la evolución del número de PAAF en nuestro centro:

| | |
|--|---------------|
| Total PAAF de ganglio linfático 1981-2007 | 10.136 |
|--|---------------|

| | |
|------------------|--------------|
| 1981-1985 | 411 |
| 1986-1990 | 1.148 |
| 1991-1995 | 1.925 |
| 1996-2000 | 2.676 |
| 2001-2007 | 3.976 |