

No toda glándula es metástasis: glándulas cutáneas en una biopsia de médula ósea

Not every gland means metastasis:
cutaneous glands in a bone marrow biopsy

Kalmus M¹ , Vijnovich Barón A² .

¹ Servicio de Hematología y Trasplante Hematopoyético,
Hospital Universitario Austral.

² Centro de Patología y Citología CEPACIT.

mkalmus@cas.austral.edu.ar; draanahi.vijnovich@cepacit.com.ar

Fecha recepción: 25/8/2025

Fecha aprobación: 28/8/2026



IMÁGENES
EN HEMATOLOGÍA

HEMATOLOGÍA
Volumen 30 n° 1: 107-109
Mayo - Agosto 2026

Palabras claves: leucemia mieloide crónica,
biopsia de médula ósea,
glándulas ecrinas,
artefacto.

Keywords: chronic myeloid leukemia,
bone marrow biopsy,
eccrine glands,
artifact.

Resumen

La biopsia de médula ósea constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades hematológicas. En ocasiones pueden identificarse estructuras ajenas al tejido hematopoyético. Particularmente, la presencia de células de aspecto epitelial en una biopsia de médula ósea orienta fuertemente hacia la sospecha de infiltración metastásica. Sin embargo, la interpretación anatomopatológica debe siempre ir de la mano de los hallazgos clínicos.

Caso clínico

Paciente mujer de 46 años, sin antecedentes de relevancia, en quien durante una internación por neumonía atípica se constata leucocitosis con neutrofilia, desviación a la izquierda y marcada trombocitosis. El estudio de médula ósea muestra celularidad aumentada, marcada hiperplasia mieloide con desviación a la izquierda, sin aumento significativo de blastos e hiperplasia megacariocítica con megacariocitos de gran tamaño, hiperlobulados. El estu-

dio por RT-PCR resulta positivo para el transcripto p210 y el citogenético muestra 46,XX,t(9;22)[20], confirmandose el diagnóstico de leucemia mieloide crónica (LMC) en fase crónica.

En la evaluación anatomopatológica de la biopsia de médula ósea se confirma celularidad de 95%, con marcada hiperplasia mieloide y megacariocítica, sin aumento de células CD34+; sin embargo, llaman la atención estructuras glandulares bien delimitadas, constituidas por células de aspecto epitelial y positivas para citoqueratina. Este hallazgo planteó inicialmente la posibilidad de infiltración por una neoplasia epitelial metastásica. En el contexto de la paciente, entre los diagnósticos diferenciales se consideró especialmente un eventual carcinoma mamario metastásico.

Sin embargo, la paciente no presentaba antecedentes personales de neoplasias sólidas ni elementos clínicos que orientaran hacia una enfermedad metastásica. Asimismo, contaba con controles ginecológicos recientes sin hallazgos de relevancia. La ausencia de otros elementos que sustentaran el diagnóstico de

una neoplasia epitelial llevó a reconsiderar el significado de las estructuras observadas.

La revisión del preparado, en conjunto con la morfología de las estructuras glandulares, permitió interpretar el hallazgo como tejido glandular cutáneo, compatible con glándulas sudoríparas ecrinas, incorporado accidentalmente en el cilindro de biopsia durante la realización del procedimiento.

La paciente inició tratamiento con dasatinib 100 mg/día, alcanzando una respuesta molecular profunda, que aún mantiene a 3 años de seguimiento.

Conclusión

Este caso ilustra claramente cómo la anatomía patológica nunca debe interpretarse de manera aislada. En esta paciente, la ausencia de antecedentes onco-

lógicos, los controles ginecológicos recientes sin hallazgos sospechosos y, fundamentalmente, la morfología de las estructuras permitieron reconsiderar la interpretación inicial.

Las glándulas ecrinas forman parte de los anexos cutáneos y pueden ser incorporadas accidentalmente al cilindro de biopsia cuando la toma es superficial o atraviesa tejido cutáneo. Su reconocimiento evitó la realización de estudios innecesarios y, fundamentalmente, la atribución errónea de una enfermedad metastásica a una paciente cuyo diagnóstico hematológico estaba claramente establecido.

Frente a resultados discordantes, es importante mantener el pensamiento crítico, reconsiderar las posibles interpretaciones y recordar que la clínica sigue siendo soberana.

Imagen 1. Histología de la biopsia de médula ósea (BMO). Hipercelular. Celularidad 95%. Hematoxilina-eosina (HE) 2x

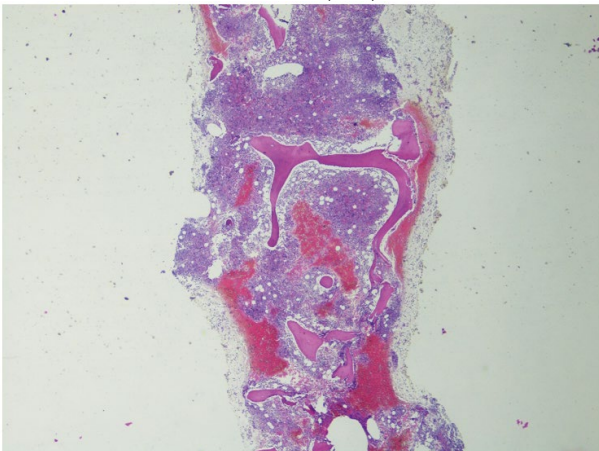


Imagen 2. A mayor aumento se observan estructuras glandulares en el espacio medular. BMO HE 10x

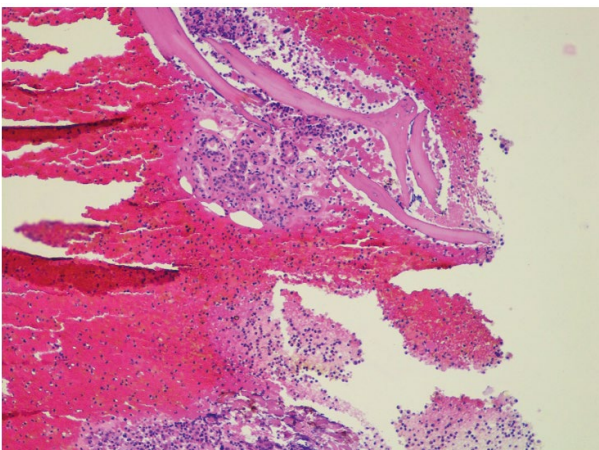


Imagen 3. A mayor aumento se observan estructuras glandulares sin atipias citológicas. BMO HE 40x

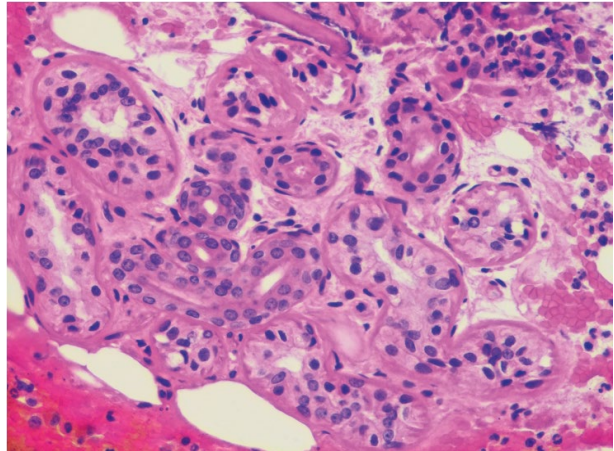


Imagen 4. Con técnicas inmunohistoquímicas (IHQ) se observa marcación con Citoqueratinas (AE1-AE3) de las estructuras glandulares. BMO CK 4x

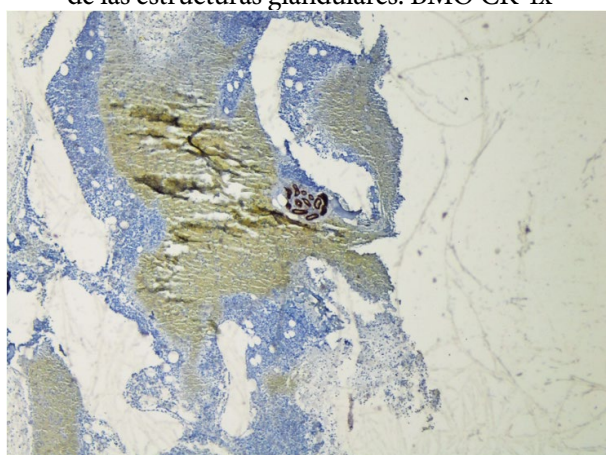
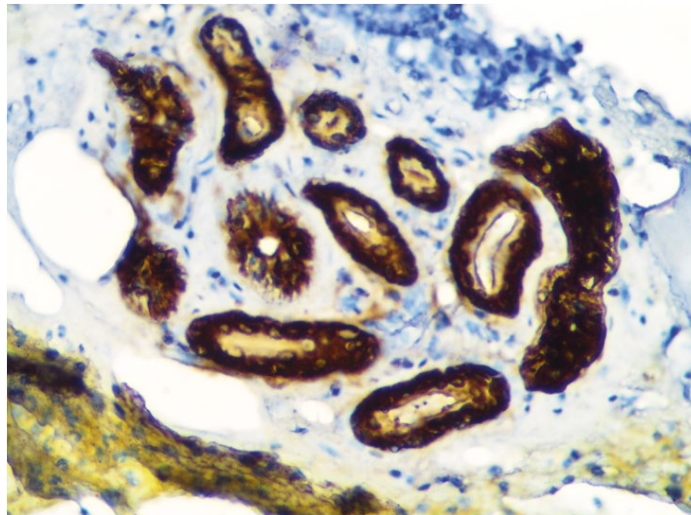


Imagen 5. A mayor aumento se observa marcación de las estructuras glandulares. BMO CK 40x



Declaración de conflictos de interés: Mariana Kalmus declara haber recibido honorarios por parte de los laboratorios Abbvie, Roche, Knight y Johnson & Johnson por concepto de conferencias. Y por parte de Adium por asesoría. Anahi Vijnovich Barón declara no poseer conflictos.

Bibliografía

1. McCluggage WG, Clarke R, Bharucha H. Non-neoplastic glandular structures in bone marrow: a technical artefact. *Journal of Clinical Pathology*. 1995;48(12):1141–1142.
2. Altahan R, Alanazi ML, Alharbi MA, Almalki S, Aswayyed A, Alsuhaibani L. An unusual non-hematopoietic bone marrow finding. *Clin Case Rep* 2023; 13;11(12):e8305



Atribución – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Esta licencia no es una licencia libre.