

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO MEDIANTE PAAF DE UN CORDOMA EN UN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA RECTAL

Ignacio Zabalza Estévez*, Miren Igone Imaz Murga*, Alberto Saiz López*, Eduardo De Miguel Herrán*, Beatriz Eizaguirre Zarza*, Jose María Arrinda Yeregui**

* Hospital de Galdakao, Vizcaya ESPAÑA

** Hospital del Bidasoa, Guipuzcoa ESPAÑA

Resumen

Se presenta el caso de un cordoma presacro diagnosticado mediante punción aspiración con aguja fina en un paciente con un adenocarcinoma rectal. Se describen las características citológicas de este tipo de lesiones y su utilidad en la planificación quirúrgica. MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 77 años con antecedentes de apendicectomía, prostatismo, coledoclitiasis y hemorroides de larga evolución que acude al servicio de hematología para el estudio de una anemia microcítica, detectándose una tumoración estenosante rectal a 15 cms. del margen anal. En el estudio preoperatorio la TAC mostró una tumoración presacra con lesión osteolítica que planteaba la posibilidad de una metástasis ósea o de partes blandas con afectación ósea secundaria. Para tipificar esta lesión se practicó una punción aspiración con aguja fina mediante punción transglútea. Se remitieron a nuestro laboratorio varias extensiones fijadas en alcohol y al aire así como el producto del lavado de la aguja. RESULTADOS: Las extensiones recibidas y las obtenidas mediante citocentrifugado del material del lavado fueron teñidas con Papanicolaou y May-Grünwald-Giemsa. Se apreciaba un fondo hemorrágico, con material de apariencia necrótico y en zonas de aspecto mucoide, metacromático con Giemsa. La celularidad era moderada y mayoritariamente estaba constituida por células con gran citoplasma, ocasionalmente vacuolado y con apariencia histiocitaria. En algunas extensiones se disponían en el seno de material metacromático de apariencia mucoide presentando una apariencia de panal. A mayor aumento se observan células multivacuoladas también metacromáticas con Giemsa. Esta apariencia sugería la posibilidad de un cordoma y se realizó estudio inmunohistoquímico para queratinas y proteína S-100 siendo la mayor parte de estas células positiva. DISCUSIÓN: Los cordomas son tumores óseos raros (1-4%) derivados de restos notocordales que se localizan en la línea media y que en su mayor parte se localizan en el en región presacra y eseno-occipital y que generalmente se presentan en la 6ª década. Microscópicamente son tumores lobulados, de apariencia gelatinosa y en patología quirúrgica intraoperatoria las improntas citológicas de este tipo de lesiones aporta más información que un corte histológico, dadas las dificultades técnicas que este tejido plantea en el corte por congelación. Es característica y muy útil la tinción con Giemsa en estas lesiones dado que permite observar un fondo mucoide y la presencia de células multivacuoladas que corresponden a las células fisalíferas. En casos como el presente, en los que la coexistencia clínica de un adenocarcinoma, se plantea la posibilidad de un adenocarcinoma mucosecretor metastásico la apariencia citológica característica se puede corroborar mediante el empleo de inmunohistoquímica con positividad para queratina y proteína-S100.

Introducción

Los cordomas son tumores raros, derivados de restos de la notocorda que se presentan en fundamentalmente en región sacra en región esenooccipital. Dada la rareza en general es un tipo de lesión en la que habitualmente no se piensa y más aun cuando se trata de un estudio para planificación quirúrgica en un paciente oncológico. Citológicamente es un tumor con unas características definidas que permiten su diagnóstico.

Presentación del caso

El caso que mostramos corresponde a un varón de 77 años con antecedentes de apendicectomía, prostatismo, coledoclitiasis y hemorroides de larga evolución que acude al servicio de hematología para el estudio de una anemia microcítica, detectándose una tumoración estenosante rectal a 15 cms. del margen anal, que en el estudio histológico correspondía a un adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado.

En el estudio preoperatorio la tomografía axial computerizada mostró una tumoración presacra con afectación ósea osteolítica que planteaba la posibilidad de una metástasis ósea o de partes blandas con afectación ósea secundaria.

Para tipificar esta lesión se practicó una punción aspiración con aguja fina mediante punción transglútea. Se remitieron a nuestro laboratorio varias extensiones fijadas en alcohol y al aire así como el producto del lavado de la aguja. Del lavado de la jeringa se obtuvieron, mediante citocentrífuga, varias extensiones que se destinaron para estudio con tinción de Papanicolaou, May Grünwald Giemsa y para estudio inmunohistoquímico.

Resultados

Las extensiones recibidas y las obtenidas mediante citocentrifugado del material del lavado fueron teñidas con Papanicolaou y May-Grünwald-Giemsa. Se apreciaba un fondo hemorrágico, con material de apariencia necrótico y en zonas de aspecto mucoide, tridimensional, metacromático con Giemsa (figuras 1, 2 y 3) en ocasiones las células se superponían a éste material adoptando una apariencia en panal. La celularidad era moderada y mayoritariamente estaba constituida por células con gran citoplasma, ocasionalmente vacuolado y con apariencia histiocitaria más ostensible con la tinción de Papanicolaou y presentaban una discreta atipia (figuras 4, 5 y 6). Estas características planteaban el diagnóstico diferencial de un adenocarcinoma metastásico por la presencia de material de apariencia mucoide hasta un cordoma pasando por una reacción histiocitaria. La presencia de células multivacuoladas, acompañadas de material mucoide metacromático con Giemsa y discreta atipia sugería más un cordoma y dado que disponíamos de material citológico se efectuaron técnicas de inmunotinción en éste para queratinas (AE1/AE3) y para proteína S-100 (figuras 7 y 8) que fueron positivas. Con éste diagnóstico se intervino al paciente practicándose una resección de recto-sigma que mostró un adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante transmural que metastatizaba en 3 ganglios linfáticos. La masa presacra era inextirpable y se efectuó una biopsia de la misma (figuras 9, 10 y 11).

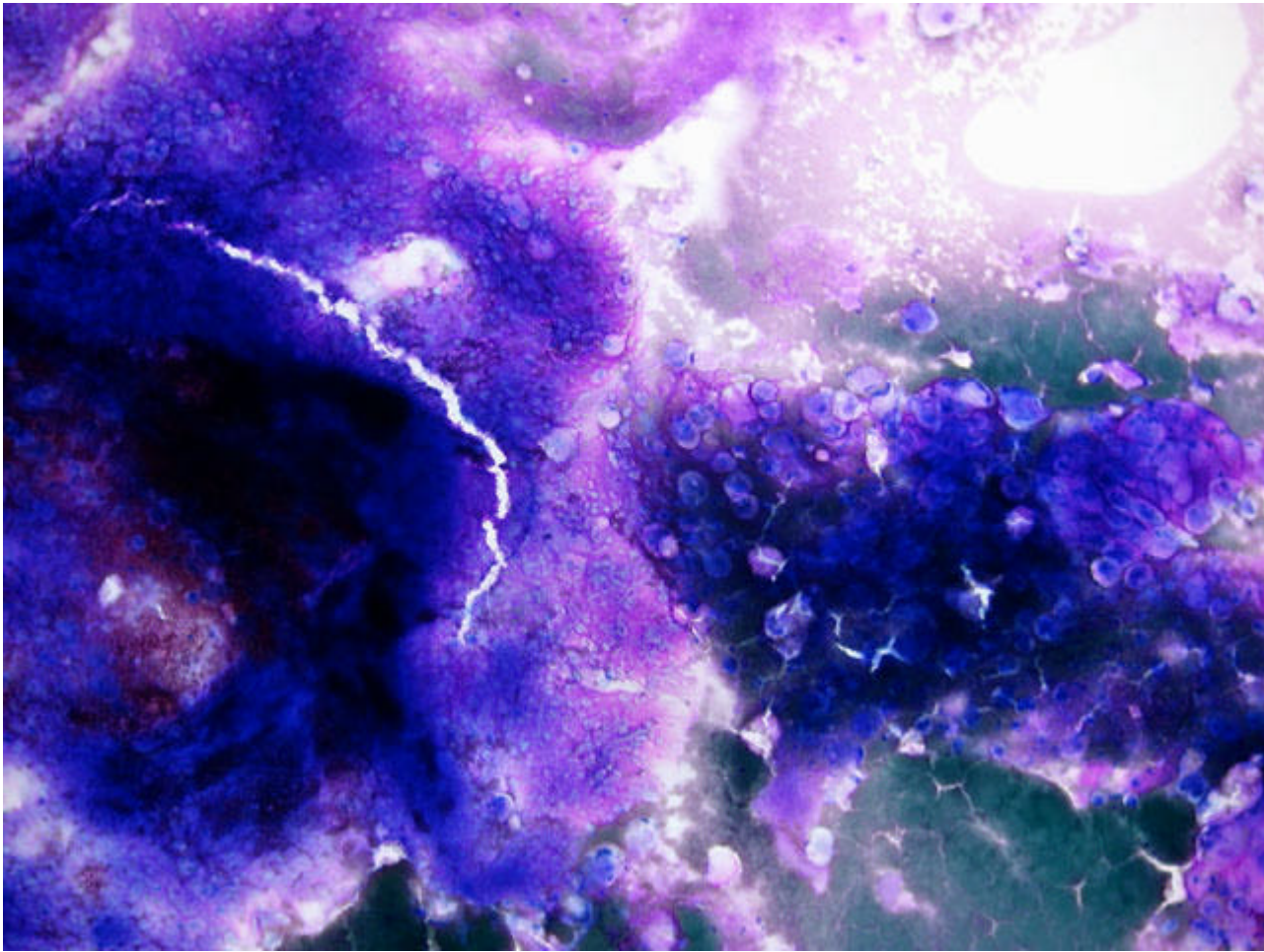


Figura 1 - Abundante material mucoide, tridimensional y metacromático

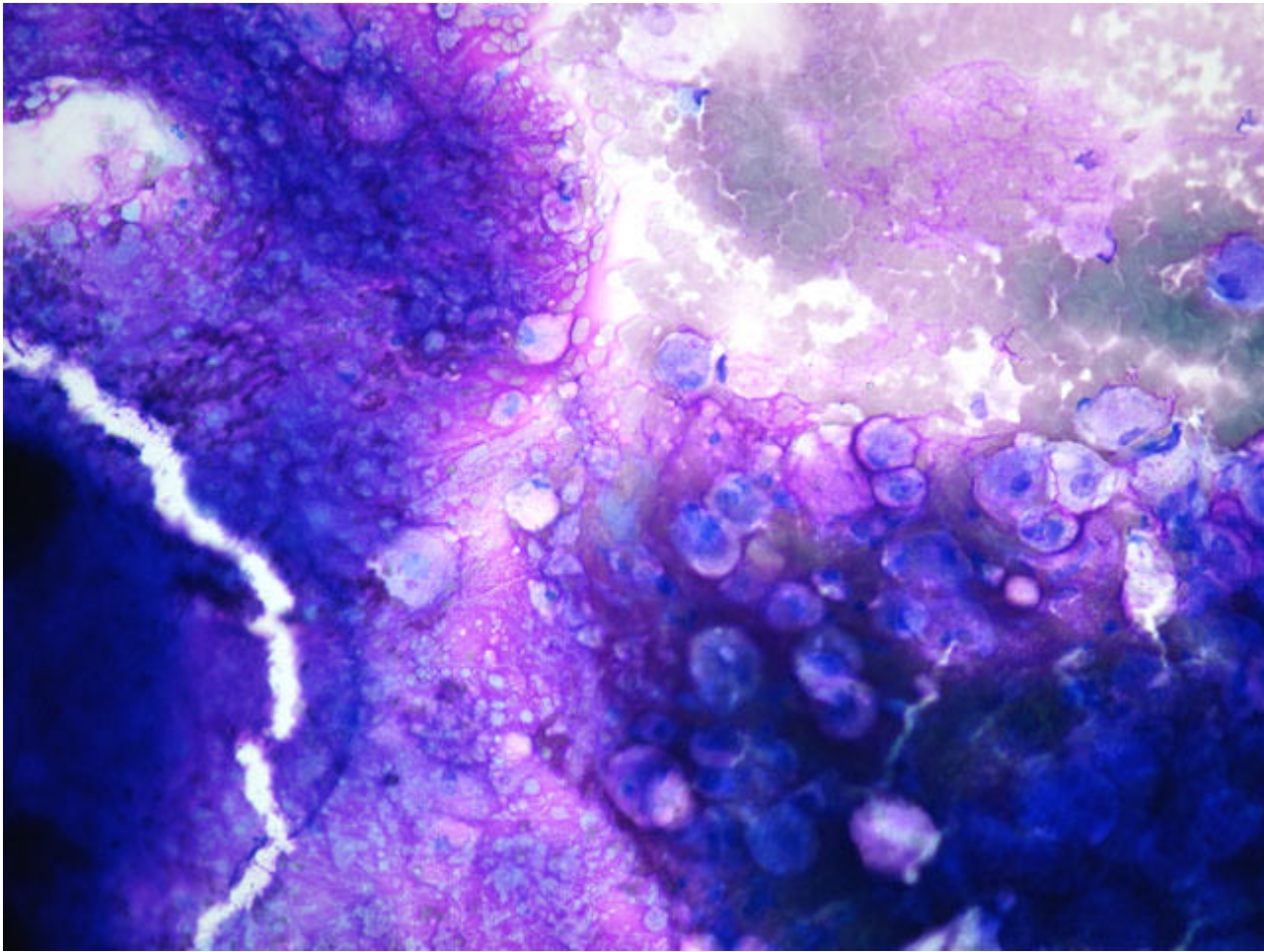


Figura 2 - Además del material se observaban células redondeadas

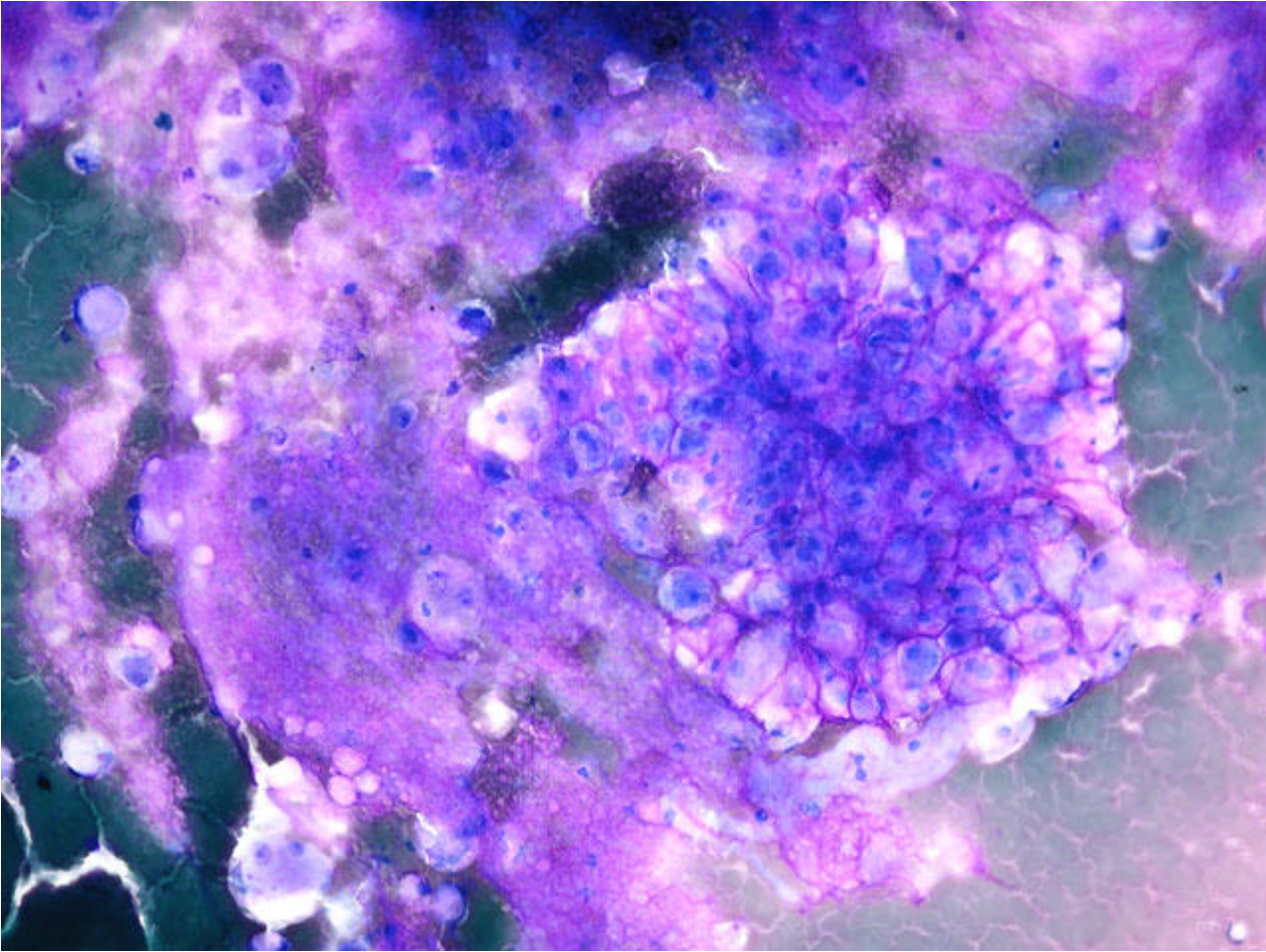


Figura 3 - Apariencia de panal

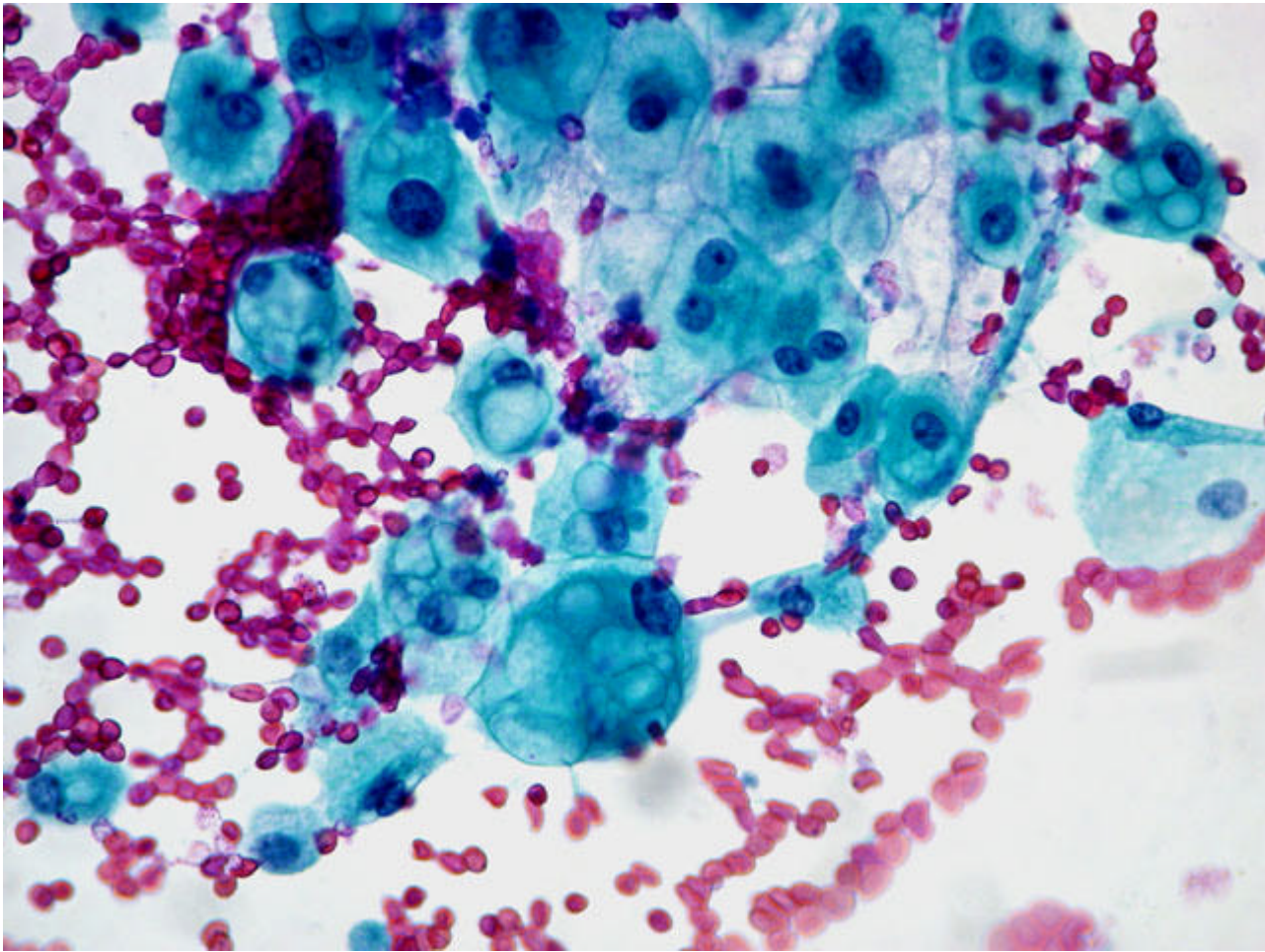


Figura4 - Apariencia histiocitaria con numerosas vacuolas citoplasmáticas.

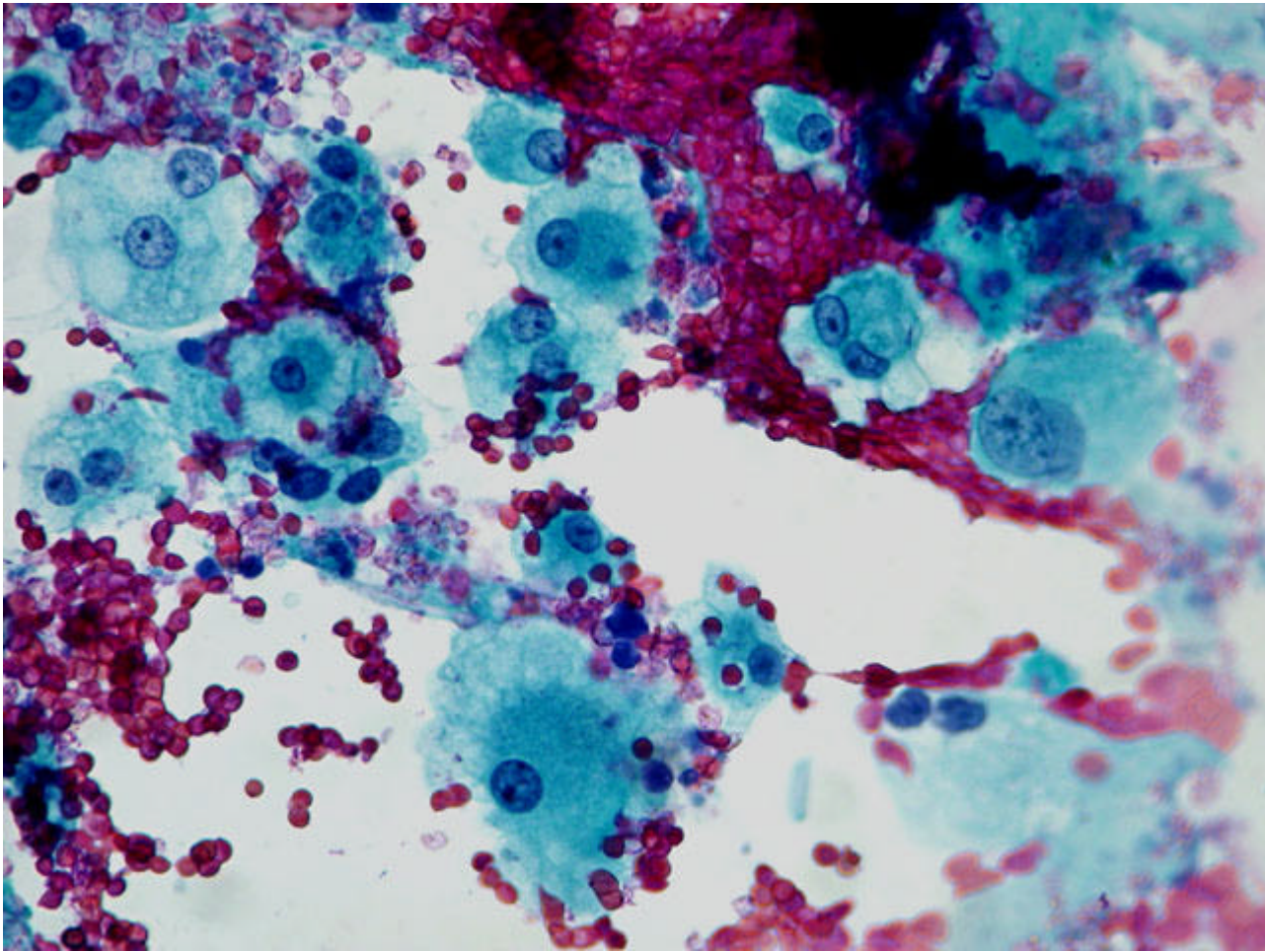


Figura 5 - Discreta anisocariosis

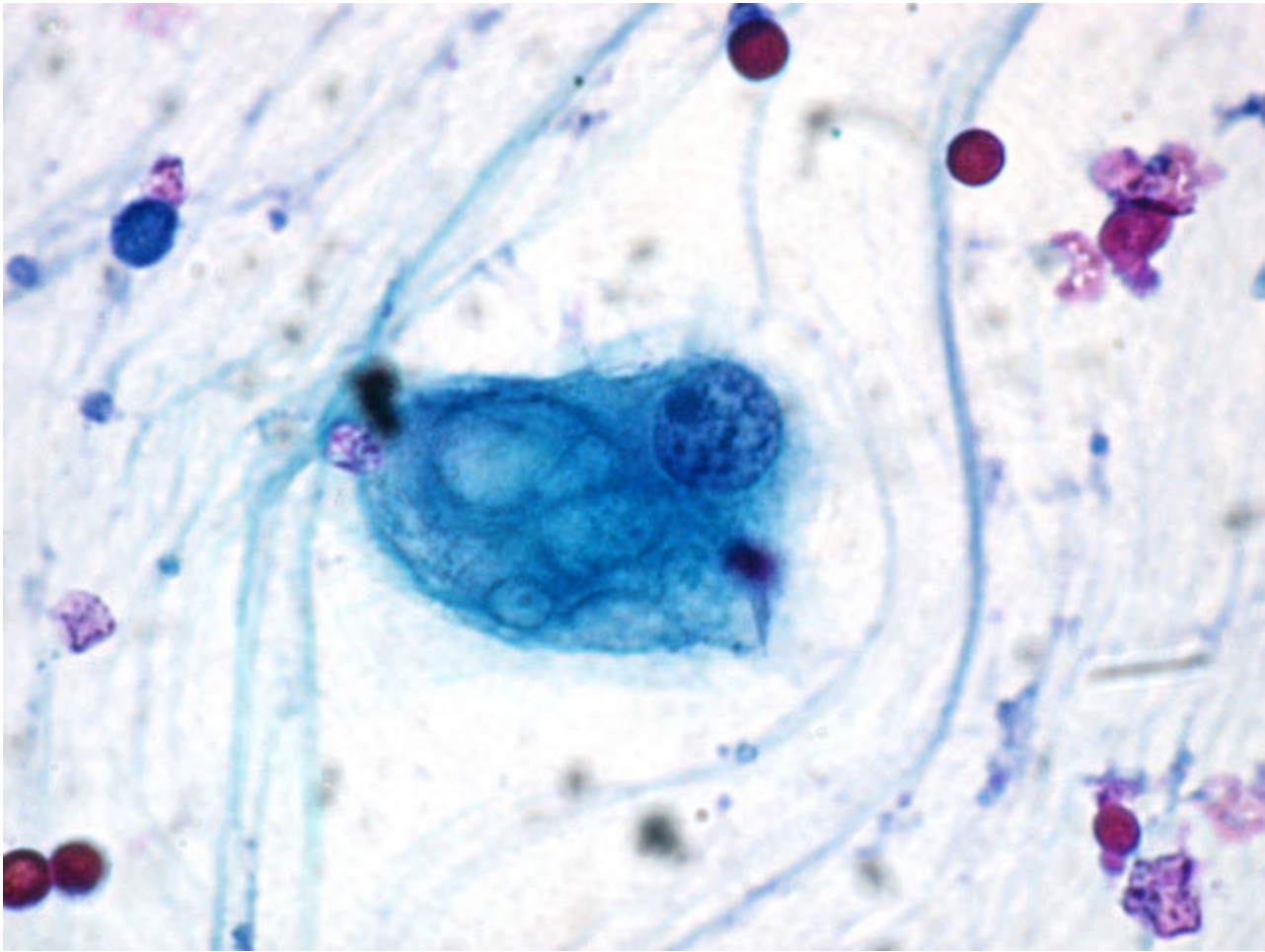


Figura 6 - Detalle de las células vacuoladas

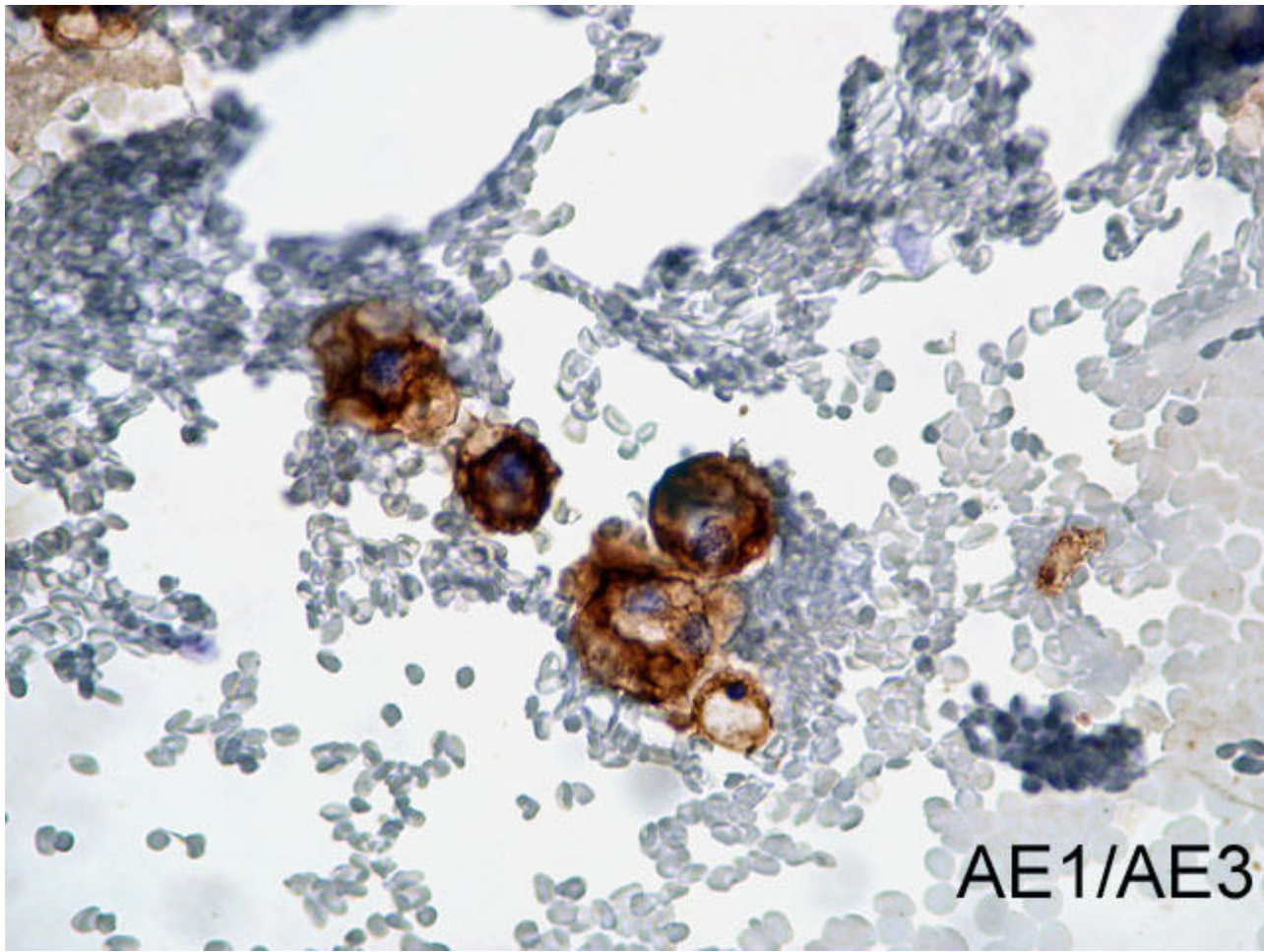


Figura 7 -

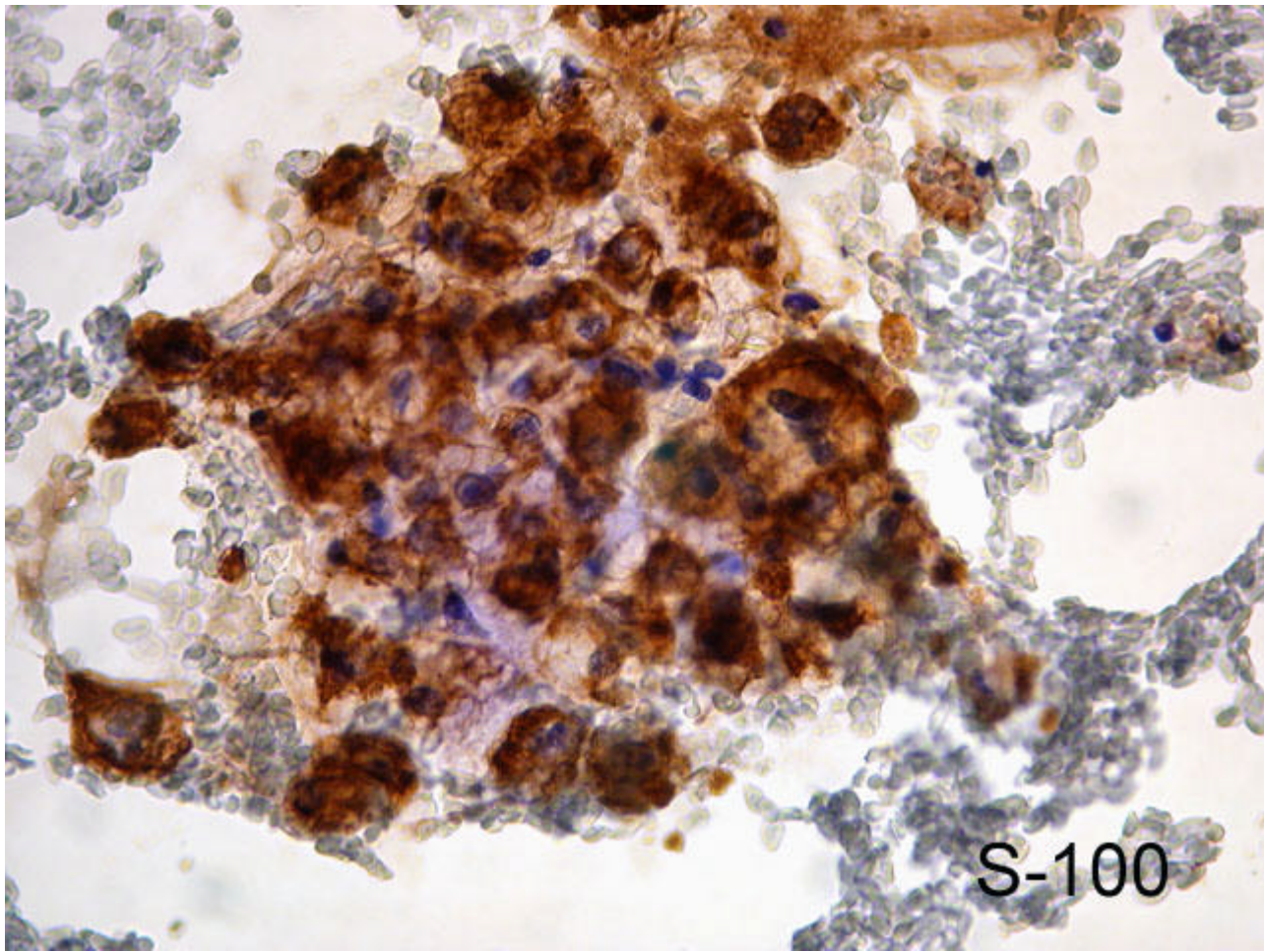


Figura 8 -

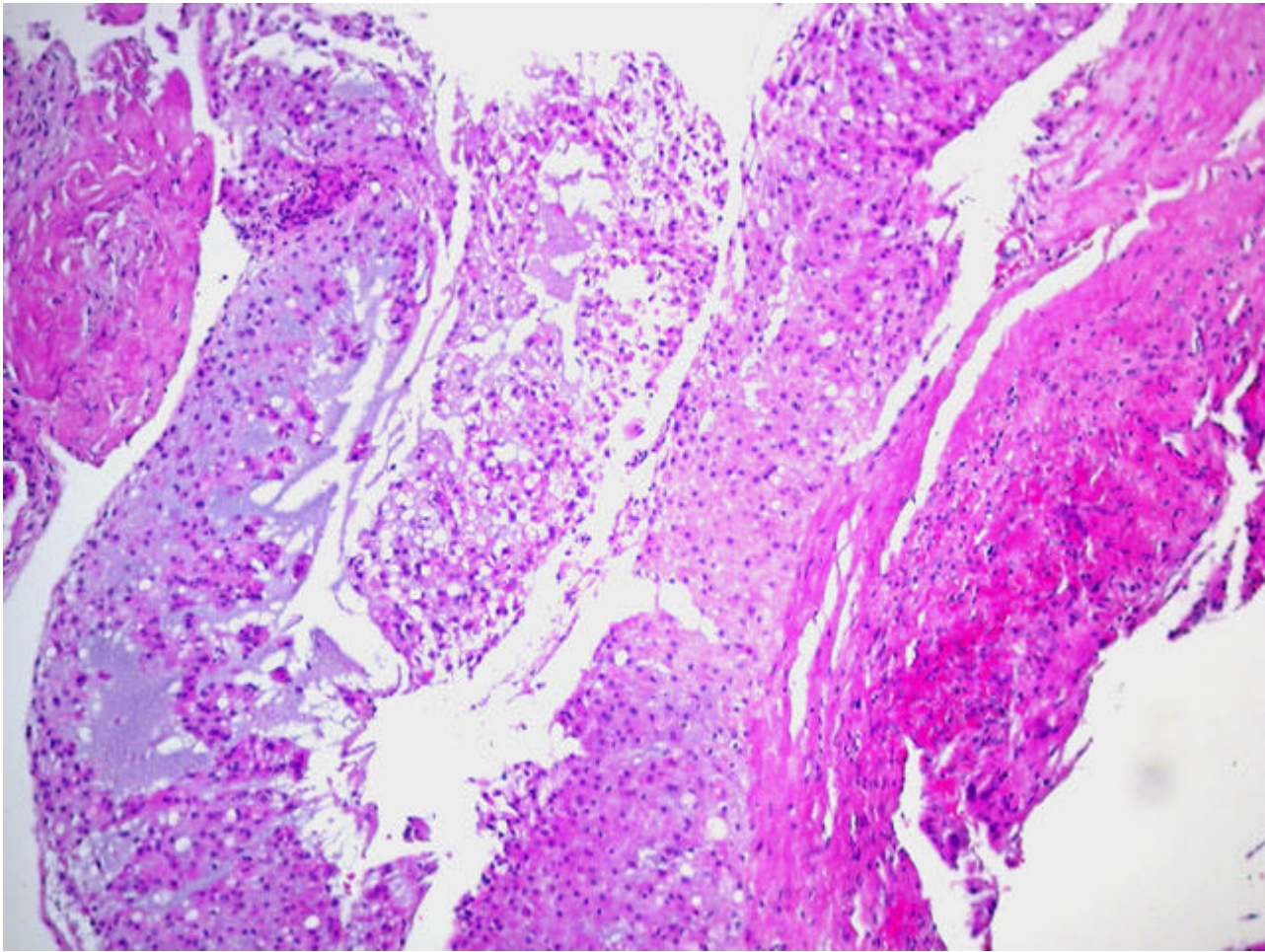


Figura 9 -

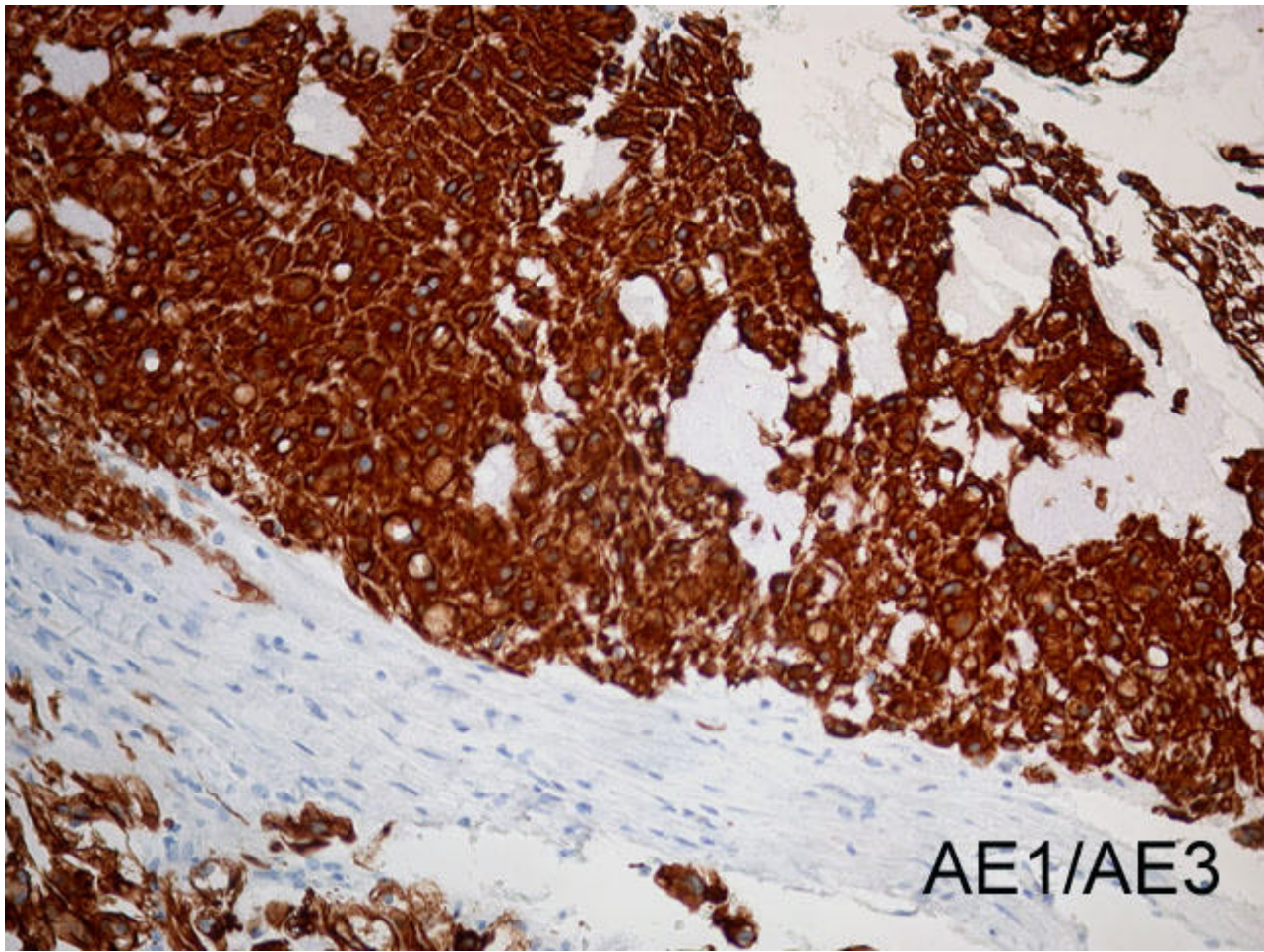


Figura 10 -

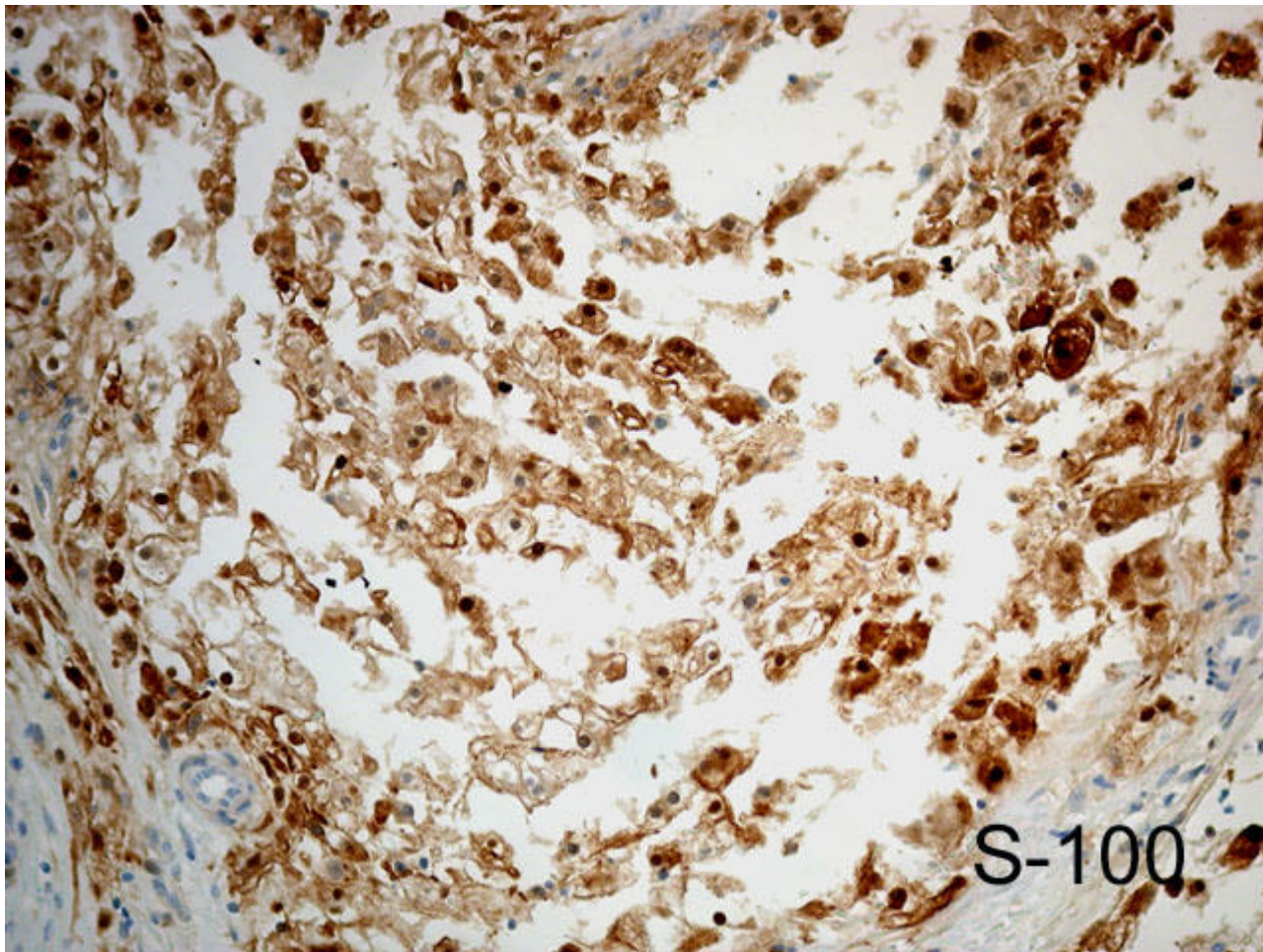


Figura 11 -

Discusión

Los cordomas son tumores óseos raros (1-4%) derivados de restos notocordales que se localizan en la línea media y que en su mayor parte se localizan en el en región presacra y esfeno-occipital y que generalmente se presentan en la 6ª década. Microscópicamente son tumores lobulados, de apariencia gelatinosa y en patología quirúrgica intraoperatoria las improntas citológicas de este tipo de lesiones aportan más información que un corte histológico, dadas las dificultades técnicas que este tejido plantea en el corte por congelación, muy similar a la observada en tumores mixoides. Es característica y muy útil la tinción con Giemsa, o técnicas similares, en estas lesiones dado que permite observar un fondo mucoide y la presencia de células multivacuoladas que corresponden a las células fisalíferas. En casos como el presente, en los que la coexistencia clínica de un adenocarcinoma, se plantea la posibilidad de un adenocarcinoma mucosecretor metastásico la apariencia citológica característica se puede corroborar mediante el empleo de una pequeña batería de inmunohistoquímica con positividad para queratina y proteína-S100.

Conclusiones

En los últimos tiempos en nuestro medio se ha producido una recesión en el empleo de la citología por punción aspiración ante el empleo de dispositivos de biopsia más precisos y menos traumáticos que ha llevado en ocasiones a despreciar o minimizar la utilización de la citología. Creemos que éste puede ser un ejemplo de la gran utilidad de la citología que bien sola o acompañada de

la obtención de cilindros tisulares aporta datos que nos permiten un diagnóstico preciso.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Servicio de Radiodiagnóstico del hospital de Galdakao, imprescindibles en el abordaje prequirúrgico de lesiones no palpables.

Bibliografía

- Koybasioglu F, Simsek GC, Ona Bu, Han U, Adabag A. Oropharyngeal chordoma diagnosed by fine needle aspiration a case report. *Acta Cytol* 49(2):173-6. 2005.
- Unni KK, Inwards CY. Cap. 25 - Tumors of the osteoarticular system. En *Diagnostic Histopathology of Tumors*. Ed CDM Fletcher vol. 2. Churchill Livingstone 2000.
- Fletcher CDM, Unni KK, Merstens F. *Pathology and Genetics Tumors of soft tissue and bone*. IARC prss. 2002.
- Takahashi M. *Color atlas of cancer cytology*. Igaku-Shoin 2000
- Linsk JA, Franzen S. *Clinical aspiration cytology* 2 ed. JB Lippincott Company 1989.
- Kay PA, Nascimento AG, Unni KK, Salomao DR. Chordoma. Cytomorphological findings in 14 cases diagnosed by fine needle aspiration. *Acta Cytol* 47: 202-8 2003.
- Saqi A, Livolsi V, Mandel SJ, Baloch Z. Cervical chordoma masquerading as a thyroid neoplasm: a case report. *Diagn Cytophatol* 32 (5):296 -8 2005.
- Layfield LJ. Cytologic differential diagnosis of myxoid and mucinous neoplasms of the sacrum and parasacral soft tissues. *Diagn Cytophatol* 28(5):264 -271 2003.