

PUNCIÓ D'UN CONDROSARCOMA PERIOSTAL COSTAL, A PROPÒSIT D'UN CAS

Paula Serret Miralles; Isabel Español Quintilla; Fco Javier Castro Crespo; Ismael Jurado Troyano; Beatriz Sánchez Barba; Carme Romero Noguera; Montserrat Elípe Rego; Ignasi Roig Quilis.

Servei d'Anatomia Patològica; Fundació Privada Hospital de Terrassa (CST); Terrassa.

CAS CLÍNIC

Presentem el cas d'un home de 60 anys, sense antecedents patològics d'interès, que consulta al nostre centre per clínica de calfreds, alteració del ritme deposicional i dolor a la fossa ilíaca esquerra. Davant la sospita clínica d'una diverticulitis aguda, se li practica una TAC abdominal. S'observen troballes compatibles amb diverticulitis aguda i, a més, com a troballa incidental, una lesió hipodensa de 9 x 7.5 x 6.5 cm, en relació a la paret toràcica esquerra. Aquesta envolta els 8é i 9é arcs costals i mostra un component intraabdominal i un component subcutani. En aquest context clínic, la lesió s'orienta com a un abscess, però tampoc es pot descartar la possibilitat de que pugui tractar-se d'un mesotelioma quístic, un limfangioma o un pseudomixoma.

TROBALLES CITOLÒGIQUES

Es realitza una punció-aspiració amb agulla fina (PAAF) a través de la paret abdominal, obtenint material per a fer 4 extensions (2 tenyides amb Giemsa i 2 tenyides amb Papanicolaou). Les extensions són moderadament cel·lulars i mostren una població monomorfa de cèl·lules de mida intermitja-gran, amb nuclis arrodonits, de contorns regulars, sovint excèntrics, amb discret nuclèol i amb aclariment perinuclear, que es disposen en acúmul densos sobre un fons basòfil amb àrees d'aspecte mixoide. No observem atípia citològica, figures de mitosi ni necrosi. (Fig.1 i Fig.2)

Amb aquestes troballes fem el diagnòstic de: "Compatible amb lesió mesenquimal, d'estirp condromixoide". Malgrat no observem criteris de malignitat, no es pot determinar amb seguretat si es tracta d'una lesió benigna, com un podria ser un condroma, o bé maligna, com un condrosarcoma.

A més, ens trobem amb la limitació de no disposar de material per a bloc citològic. Recomanem exèresi de la lesió per a poder fer l'estudi histològic i emetre un diagnòstic definitiu.

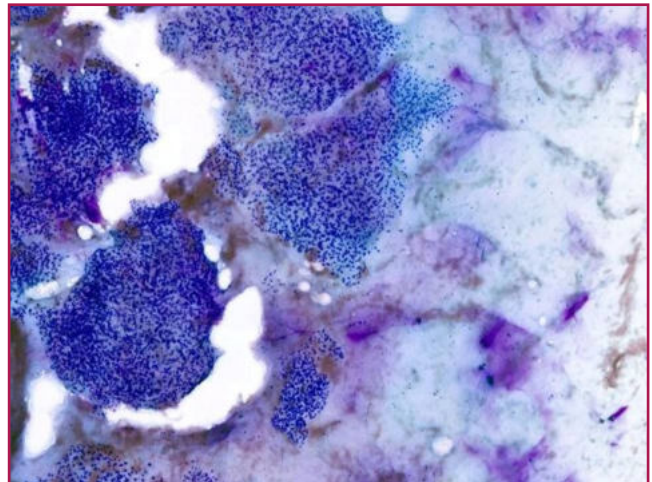


Figura 1. Tinció de Giemsa (4x)

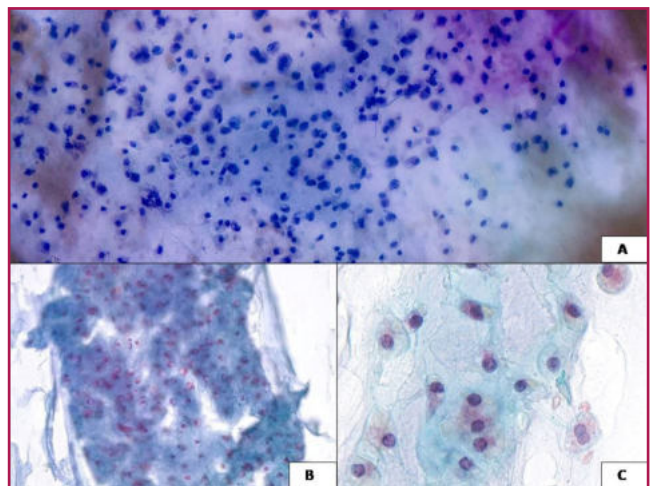


Figura 2. A) Tinció de Giemsa (20x) B) Papa Nicolau (40x) C) HE (2x)

RESULTATS

La lesió es resseca, rebent al nostre servei una peça constituïda per tres segments costals. A la seva cara externa mostra una lesió nodular, de color rogenc i consistència elàstica, amb una mida global de 12 x 10 x 9 cm. A la secció, la lesió és multi nodular, de color blanquinós-groguenc i aspecte gelatinós, que infiltra la cortical de les costelles.

Histològicament, la lesió es troba constituïda per una proliferació de condrocits disposats en un patró multi nodular, separat per fines bandes de col·lagen. La cel·lularitat és variable, generalment poc atípica i amb molt ocasional figura mitòtica. També s'observen algunes cèl·lules amb nuclis engrandits, nuclèol evident i algunes formes binucleades disperses, sense evidenciar un marcat pleomorfisme cel·lular. Es troben dos petits focus de metaplàsia òssia sense evidència d'osteoides malignes així com alguns focus de necrosi.

La tumoració es troba envoltant i erosionant la cortical de les costelles sense veure's infiltració del moll de l'os (Fig.3) i afecta els marges de resecció extern i intern de la peça.

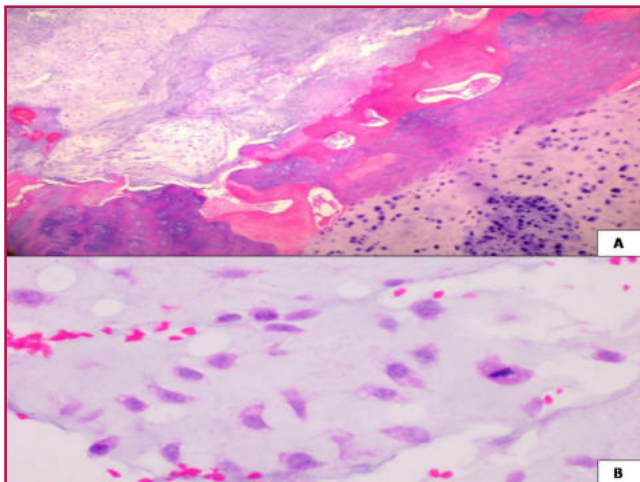


Figura 3. A) HE (x4) i B) HE (x40)

Amb aquestes troballes realitzem el diagnòstic de condrosarcoma grau histològic II, de tipus juxtacortical (periostal).

DISCUSSIÓ I EVOLUCIÓ

El condrosarcoma periostal és una neoplàsia maligna cartilaginosa, d'etiologia desconeguda, que representa el 2.5 % dels tipus de condrosarcoma. És més freqüent en homes, amb un pic d'incidència a la tercera dècada de la vida (rang de 9-79 anys). Apareix a la superfície òssia en estreta relació amb el periosti, envaint la cortical subjacent. Afecta la metàfisi dels ossos llargs, més freqüentment el fèmur distal. Un subconjunt d'aquests presenta mutacions en els gens IDH1 i IDH2. Té un baix risc metastàtic (5-12 % dels casos), afectant especialment a pulmó i a ganglis limfàtics.

El nostre pacient va ser remès a un centre especialitzat en el tractament de sarcomes, on va ser re-intervingut de la lesió residual i va ser tractat amb radioteràpia adjuvant. En els anys següents va presentar una recidiva local així com diversos implants a pleura, pulmó i retroperitoneu, que van ser ressecats.

Aquest cas és un recordatori de que l'estudi citològic de les lesions mesenquimals, en especial de les d'estirp condromixoide, té les seves limitacions diagnòstiques.

És primordial la valoració del context clínic i radiològic i, en molts de casos, no és possible efectuar un diagnòstic de malignitat o benignitat disposant exclusivament de mostra citològica, essent necessària mostra histològica de la lesió. ■

Bibliografia

1. WHO Classification of Tumors Editorial Board. Soft tissue and bone tumors. Lyon (France): International Agency for Research Cancer; 2020. (WHO classification of tumor series, 5th ed.; vol.3, 381-382).
2. W.Khalbuss, A. Parwani. Cytopathology of Soft Tissue and Bone lesions. Essentials in Cytopathology series. Springer Science+Business Media, LLC; 2011. Vol.9, 79-82. Cytopathology of Myxoid Soft Tissue Lesions.
3. Costal chondrosarcoma requiring differential diagnosis from metastatic tumor. K. Matsuoka, M. Ueda, Y. Miyamoto. Asian Cardiovascular & Thoracic Annals. 2017, Vol. 25(2) 154-156.