

## Caso N° 8

### **DRA.N.TALLADA Y DRA.A.ORTEGA ANATOMIA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON**

#### HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 57 años sin antecedentes de interés que consulta por tumoración en región frontal , subcutánea con epidermis integra. Crecimiento progresivo desde hace tres meses, motivo por el que consulta. Se practica en su hospital de origen una punción aspiración y es remitida con el diagnóstico de metástasis de carcinoma. No hay evidencia de ninguna otra focalidad en el estudio de extensión que se practicó antes de ser visitada en el servicio de Oncología. Se practica una segunda Punción de la masa.

#### HALLAZGOS CITOLÓGICOS

Se obtuvo abundante material y un bloque celular representativo.La celularidad tumoral muestra aspecto epitelial y forma grupos densamente celulares, compactos, en los que a veces se observa una cierta disposición arremolinada. También se observan grupos de contornos redondeados de patrón pseudopapilar, a menudo en relación a finas estructuras capilares. Hay marcada disociación celular . Las células presentan núcleos redondos , escaso pleomorfismo, cromatina fina y cierto aspecto en vidrio deslustrado. Hay frecuentes pseudoinclusiones intranucleares y hendiduras . Algunas células muestran nucleolo visible. El citoplasma es de aspecto denso, mal definido y se observan frecuentes elementos de citoplasma alargado. No observamos microcalcificaciones.

El bloque pone de relieve un crecimiento tumoral de aspecto epitelial, con marcado componente hemorrágico y patrón pseudopapilar. El aspecto celular era superponible al observado en las extensiones citológicas. Se practicaron las siguientes técnicas de inmunohistoquímica con expresión de: Vimentina y EMA y negatividad para Proteína Glial Ácida, CAM 5.2 y Sinaptofisina. Los receptores para progesterona mostraron algunos núcleos positivos con intensidad leve y moderada.

#### DIAGNÓSTICO : MENINGIOMA

El estudio radiológico craneal muestra una lesión de gran tamaño intra y extracraneal que produce extensa lesión osteolítica frontal y que intracranealmente compromete el seno longitudinal superior. La resección quirúrgica posterior demostró una infiltración masiva del periostio, duramadre y hueso de calota craneal por MENINGIOMA MALIGNO MIXTO PAPILAR Y MENINGOTELIAL, GRADO III DE MALIGNIDAD (OMS 2000 ) .

#### DISCUSIÓN

Los meningiomas son los tumores benignos mas frecuentes del SNC, derivan de las células aracnoides. Predominan en mujeres de edad mediana-tardía. Aunque raro, pueden originarse extracranealmente en relación a la base de cráneo (oído medio, hueso temporal, órbita y cavidad sinonasal ) con aparición de tumoraciones en cabeza y cuello con lo que plantean diagnóstico diferencial con las tumoraciones más habituales de esta área. Se han descrito ectópicos en piel, pulmón y en relación a

glándula salival. Las variantes histológicas incluyen la meningotelial ( sincitial ), transicional y fibrosa con otros subtipos como psammomatoso, secretor, microquístico ,cordoide y otros. A menudo se presentan patrones combinados entre sí. El aspecto citológico dependerá por tanto de la variedad. La más frecuente es la meningotelial (sincitial ). Las variantes fibrosas resultan poco productivas para la punción. El reconocimiento de los distintos subtipos histológicos es importante, no solo para el diagnóstico diferencial con otros tumores sino para identificar aquellos que implican un peor pronóstico. El tipo papilar es uno de los subtipos histológicos considerado como una variante maligna según la clasificación de la OMS 2000.

La presentación citológica más común del meningioma se caracteriza por celularidad de aspecto epitelial, cohesiva, con formación de placas y estructuras arremolinadas y posibles cuerpos de psamoma. Son característicos los núcleos blandos, escasa atípia y frecuentes pseudoinclusiones intranucleares. El diagnóstico diferencial obligado es con procesos metastásicos ( adenocarcinomas ). En nuestro caso y dado el carácter papilar la posibilidad de una neoplasia de tiroides puede plantearse. La falta de pleomorfismo y la regularidad de los núcleos también puede sugerir diferenciación neuroendocrina. En general, según la localización exacta del tumor y el subtipo histológico el diagnóstico diferencial se planteará con carcinomas metastásicos o primarios del área de cabeza y cuello, tumores mesenquimales, tumores menígeos no meningoteliales e incluso con paraganglioma. Se han publicado casos de diagnóstico de meningioma por punción aspiración en las distintas localizaciones reseñadas con anterioridad. A pesar de la rareza, en la mayoría de casos se realizó el diagnóstico correcto con el material de punción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gomez-Aracil V, Mayayo E y cols : Fine needle aspiration cytology of primary pulmonary meningioma associated with minute meningotheliallike nodules. Report of a case with histologic immunohistochemical and ultrastructural studies. *Acta Cytol.* 2002 Sep-Oct; 46 (5): 899-903.
2. Hameed A GoKden M y cols: Fine needle aspiration cytology of a primary ectopic meningioma. *Diagn Cytopathol.* 2002 May; 26 (5): 297-300
3. Ghosal N, Kapila K y cols: Fine needle aspiration cytology of a meningioma with extracranial extension after irradiation for a medulloblastoma. *Acta Cytol.* 2001 Nov-Dec; 45 (6): 1092-3.
4. Tan LH. Meningioma presenting as a parapharyngeal tumor: report of a case with needle aspiration cytology. *Acta Cytol.* 2001 Nov-Dec; 45 (6): 1053-9
5. Spinelli M, Claren R y cols: Primary pulmonary meningioma may arise from meningothelial-like nodules. *Adv Clin Path.* 200 Jan; 4 (1) 35-9
6. Spitz DJ, Reddy V y cols: Fine needle aspiration of scalp lesions. *Diagn Cytopathol.* 2000 Jul ;23 (1): 35-8
7. Merhotra R, Kumar S y cols: Fine needle aspiration biopsy of orbital meningioma. *Diagn Cyrtopathol.* 1999 Dec; 21 (6): 402-4.
8. Kalfa M, Daskalopoulou D y cols: Fine needle aspiration (FNA) biopsy of primary cutaneous meningioma: report of two cases. *Cytopathology.* 1999 feb;10 (1): 54-60
9. Mandreker S, Pinto RW: Fine needle aspiration cytology of cutaneous meningioma.. *Acta Cytol.* 1996 Nov-Dec; 40 (6): 1325-6.

