

# XXV Congreso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica y Academia Internacional de Patología SEAP-IAP Zaragoza 2011

## Partes blandas- Caso clínico



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

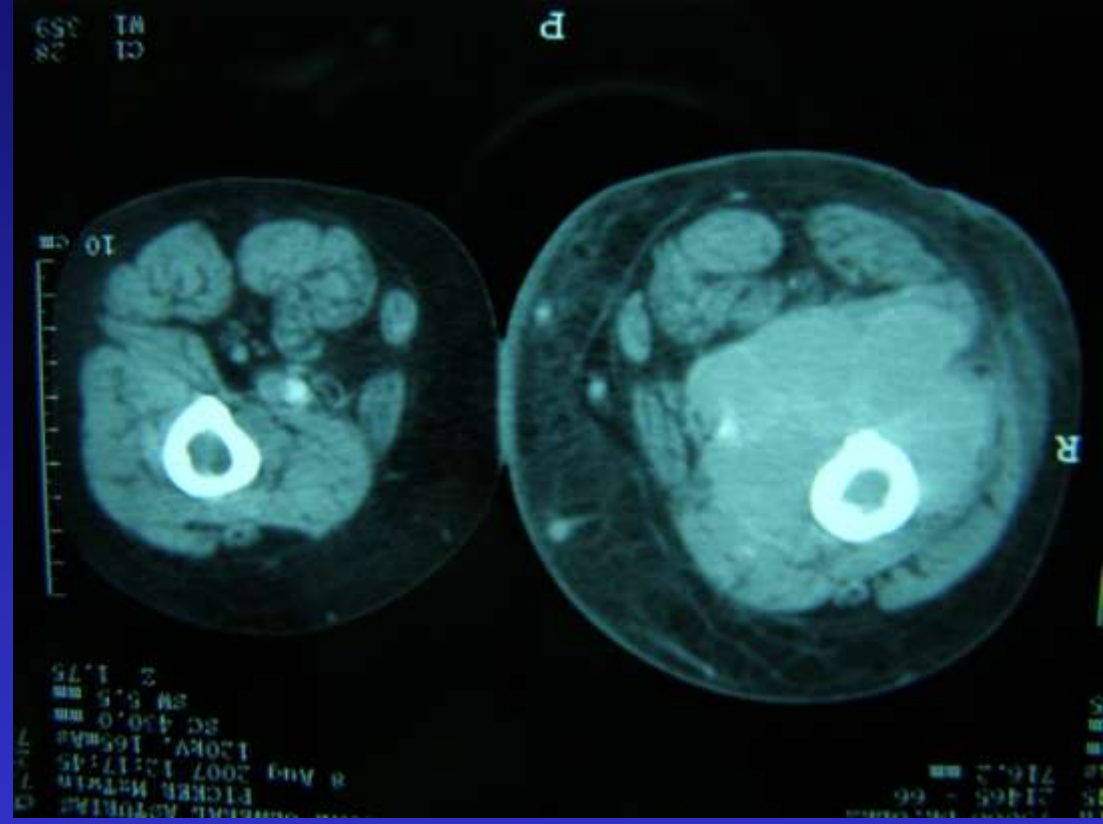
# *Historia Clínica*

Mujer de 71 años, sin antecedentes de interés

Ingresa por masa en muslo derecho de tres meses de evolución

A la exploración, masa de 13 cm en muslo, con edema de la extremidad, refiere molestias moderadas y progresivas.

RNM y TAC: masa intramuscular profunda, no afectación ósea



# Diagnóstico y curso evolutivo

Tres punciones con aguja fina no pudieron identificar la naturaleza del tumor.

Una cuarta punción en nódulo excrescente del borde superior orientó el diagnóstico.

La paciente fué tratada y durante un año permaneció asintomática y libre de tumor.

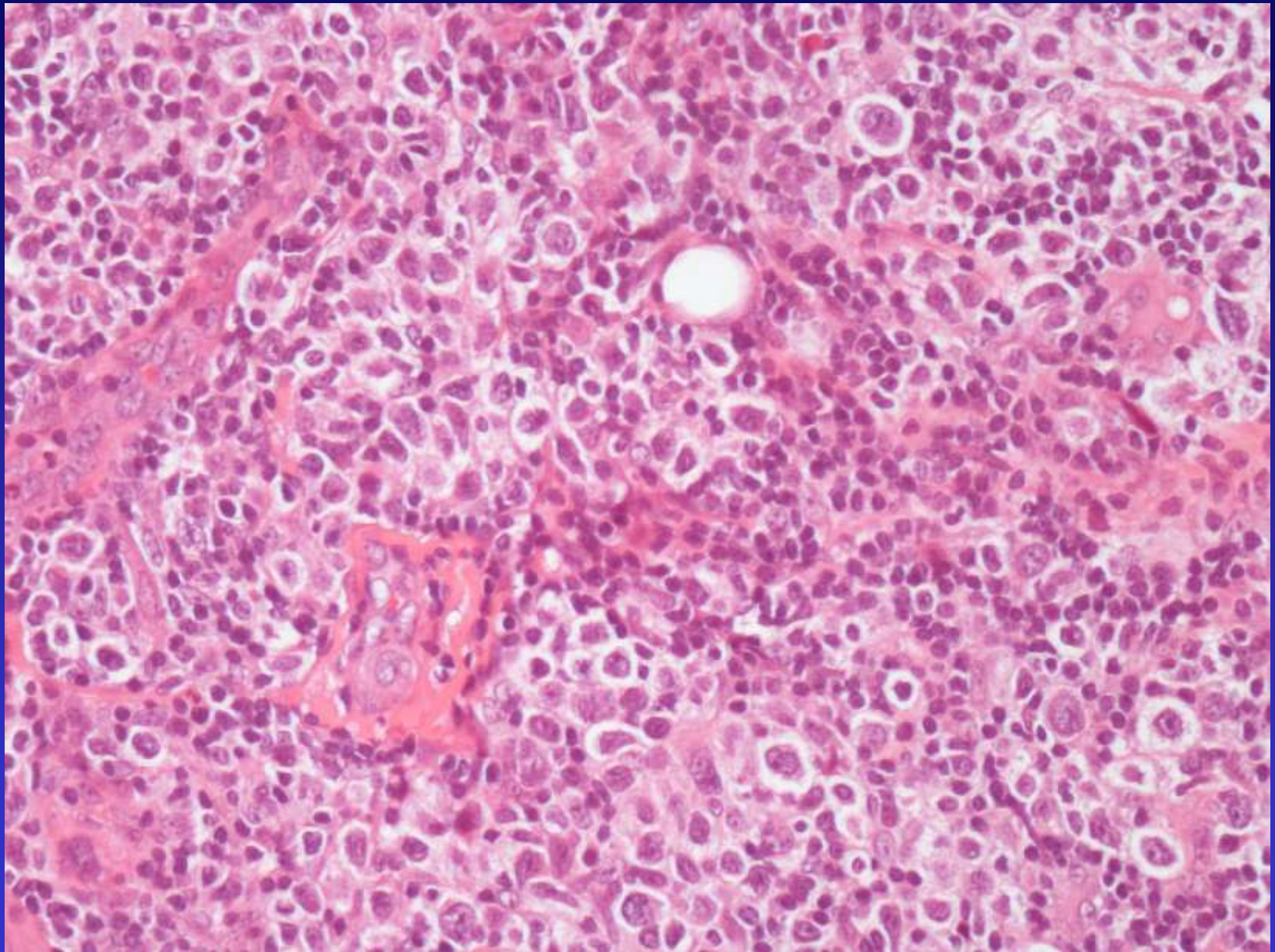
Al año nota un nódulo en brazo izquierdo que crece hasta alcanzar 8 cm.

Sucesivas punciones con aguja fina no lograron obtener celularidad para diagnóstico.

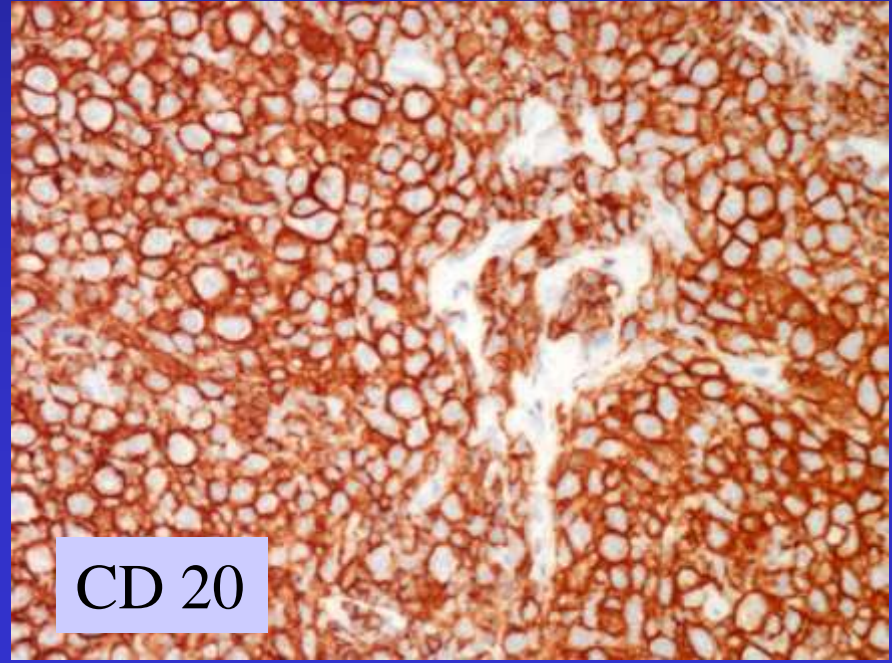
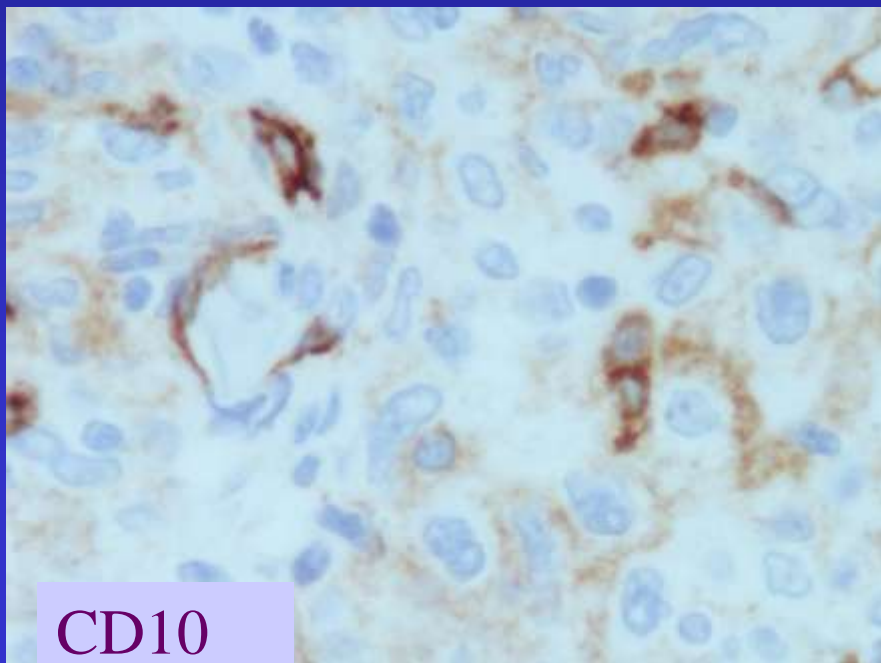
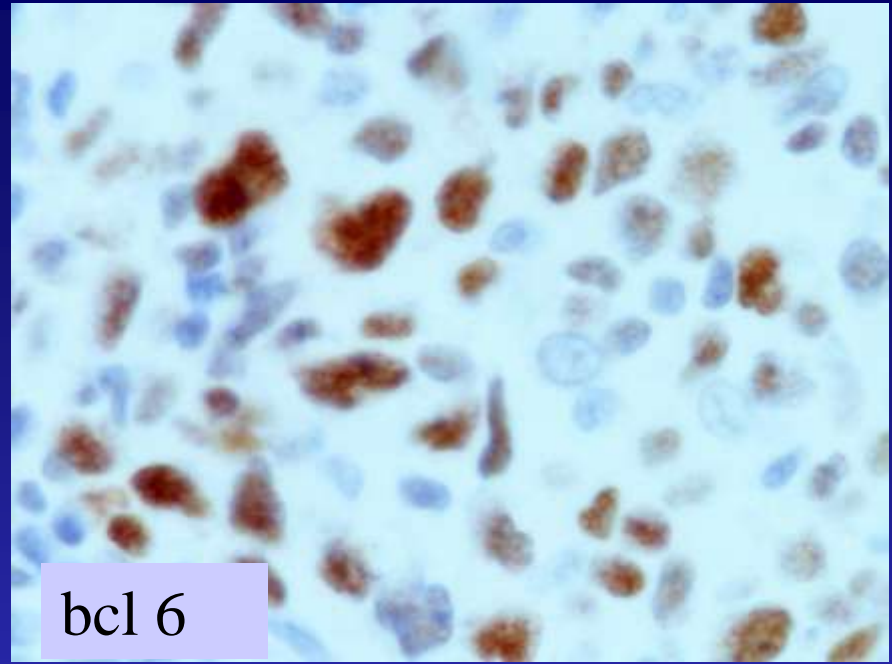
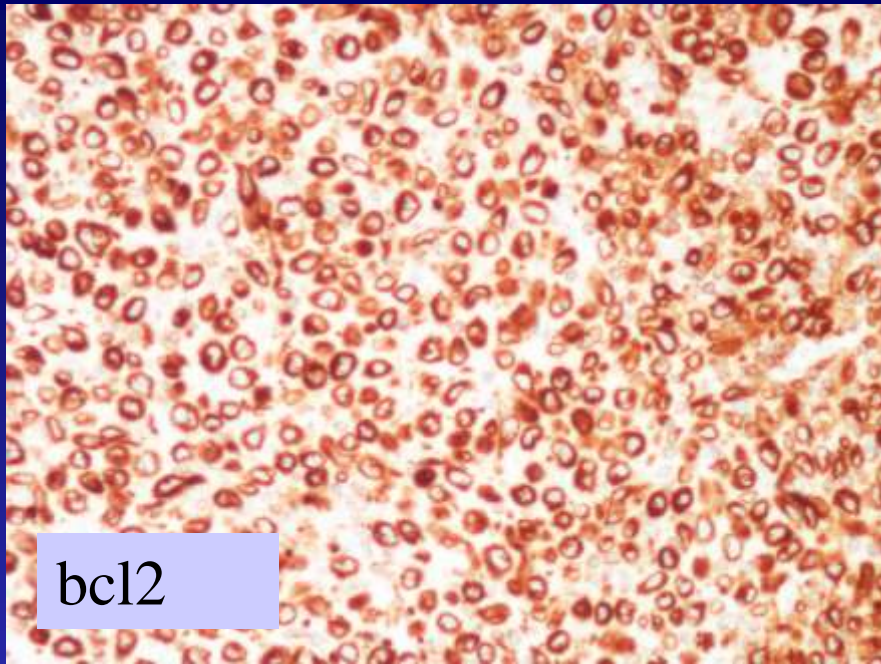
**Fué interpretado como sarcoma y se hizo wide excision**



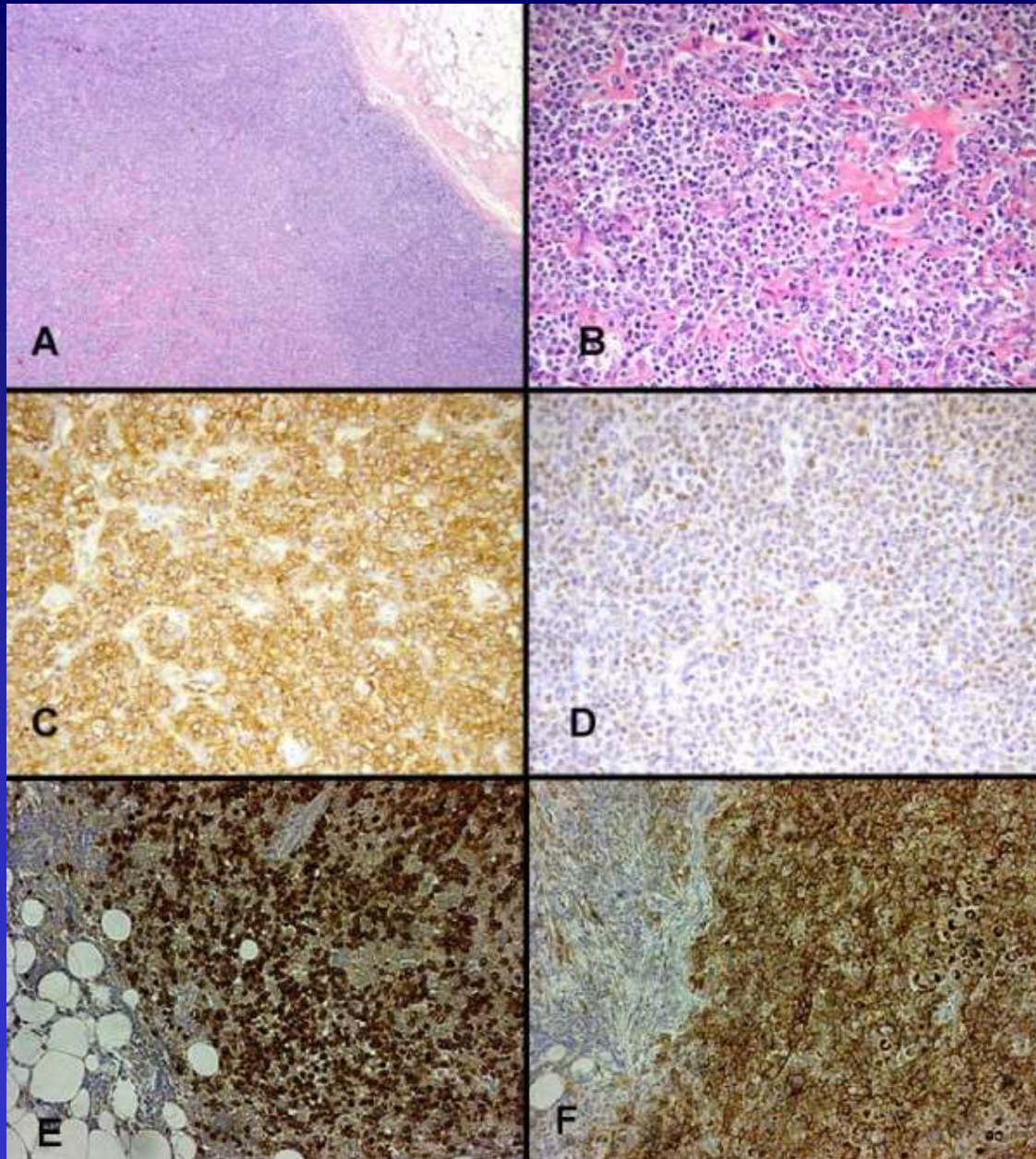












Diagnóstico:

Linfoma B difuso de célula grande en músculo de brazo izdo., metastásico.

Primario intramuscular en pierna derecha

CD 20+

BCL2 +

BCL 6 +

CD10 +/-

Tratamiento y evolución

C+ Rituximab

Actualmente libre de enfermedad



# *Linfoma primario de tejidos blandos*

**Incidencia:** extremadamente raro. 1% de todos los SPB

**Localización:** extremidades inferiores

**Edad:** media o avanzada

**Tipo histológico mas frecuente:** difuso de célula grande

**Criterios de exclusión:**

- Excluir en el momento del diagnóstico afectación de:
  - ganglios linfáticos, piel y hueso.

**Pronóstico:** favorable. 80% a los 6 años

Excluir como primario las formas metastásicas en partes blandas

# Linfomas de partes blandas en el HUCA

De 820 linfomas en los últimos 10 años, 8 casos (1%)  
(en el RT figuraban 22)

EDAD: entre 51 y 82 años

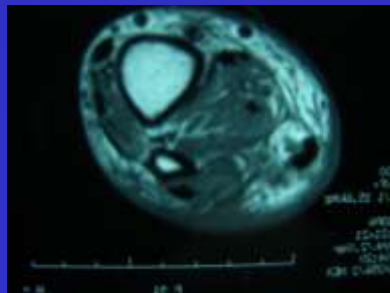
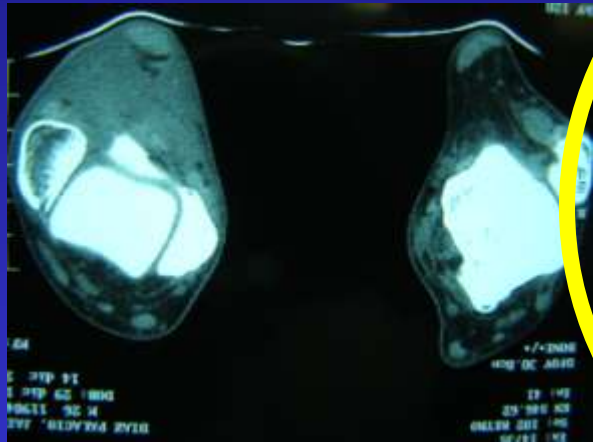
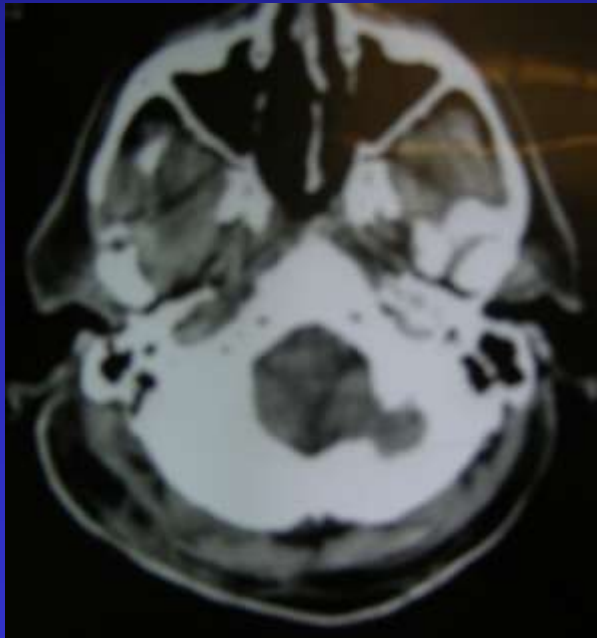
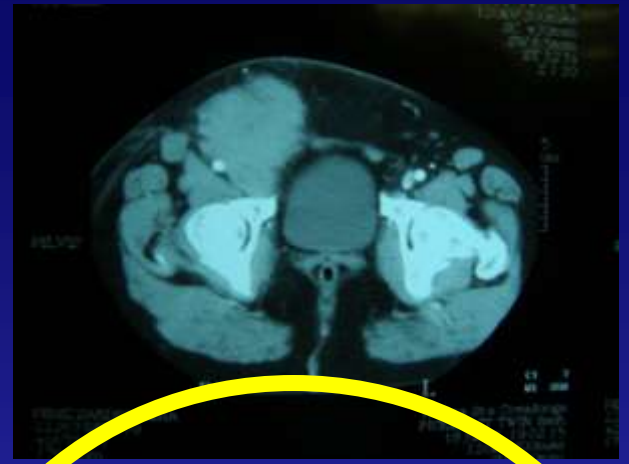
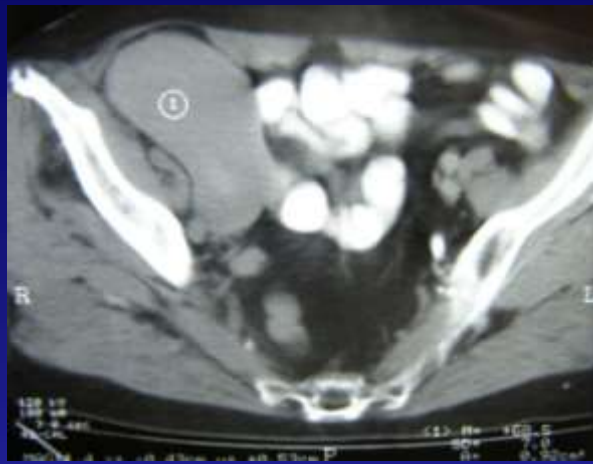
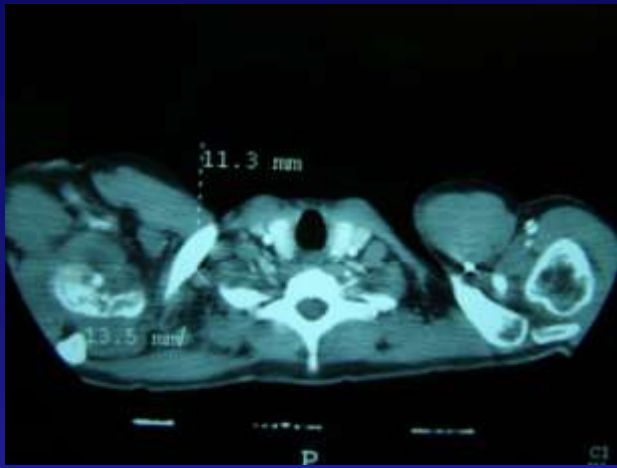
LOCALIZACIONES:

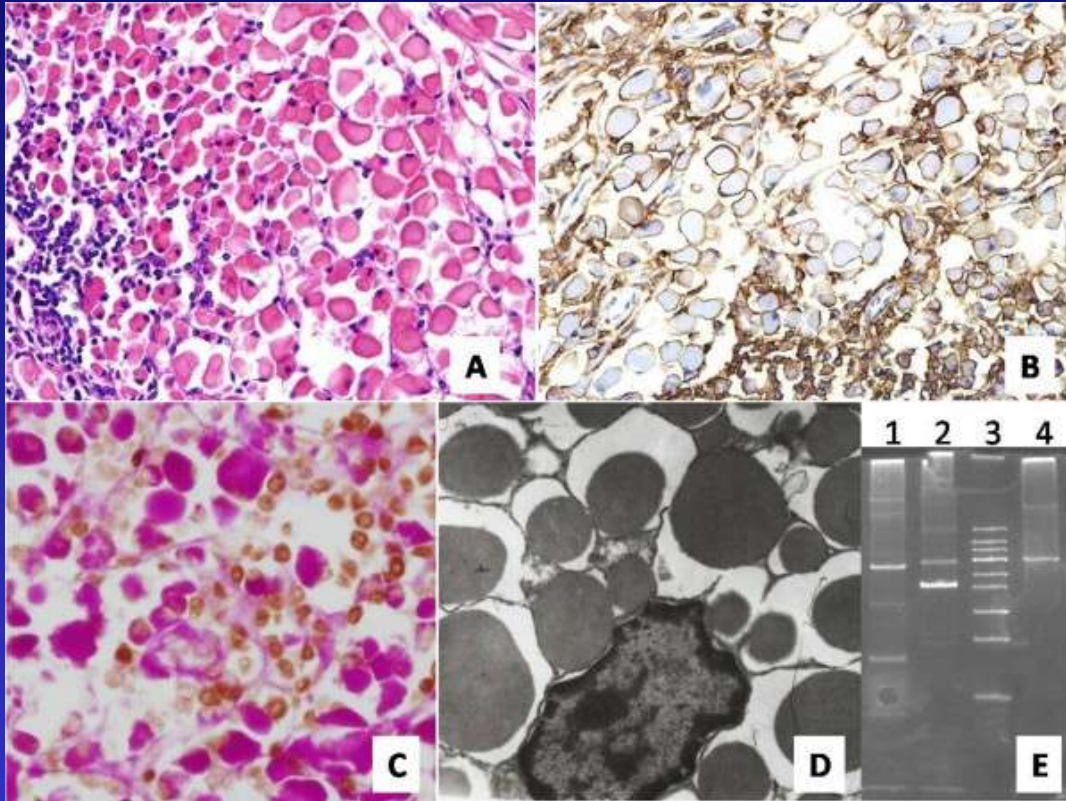
1 músculo occipital	1 talón
1 músculo pectoral	2 brazo
1 músculo glúteo	2 pierna

Principal criterio de exclusión:  
afectación ósea o ganglionar

Sólo la mitad fueron diagnosticados por PAAF







Subtipos de linfomas de partes blandas en nuestra casuística.  
 Predominio del LBDCG  
 B rico en T  
 Marginal extranodal  
 linfoplasmocítico

En la literatura:  
 Predominio del LBDCG  
 Casos raros

Caso de patrón rabdoide. Zeng Shang Li J Med Case Rep 2011 5: 53  
 Rabdomioma/linfoma linfoplasmocítico





*Reunión del Club Español de Linfomas de la SEAP  
Gerona, Junio 2000*

**Drs. Fresno M y Ablanado P**

**Hospital Central de Asturias**

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

# *Historia clínica*

Paciente varón de 74 años que ingresa por síndrome febril de 1 mes de evolución.

Un mes antes del ingreso presenta dolor en región inguinal derecha irradiado a cara posterior de la pierna (lesión ligamentosa). **Adelgazamiento de 8 Kg.** y cuadro febril progresivo.

*Expl. física:* No adenopatías. Empastamiento de PII de muslo derecho.

*Analítica:* VSG de 79. Estudios microbiológicos de esputo y orina (-)

*Ecografía de muslo:* **colección de 8X4 cm en cara posterior del muslo** situada en el músculo abductor derecho (hematoma?)

*Biopsia de piel, músculo y nervio:* sin alteraciones

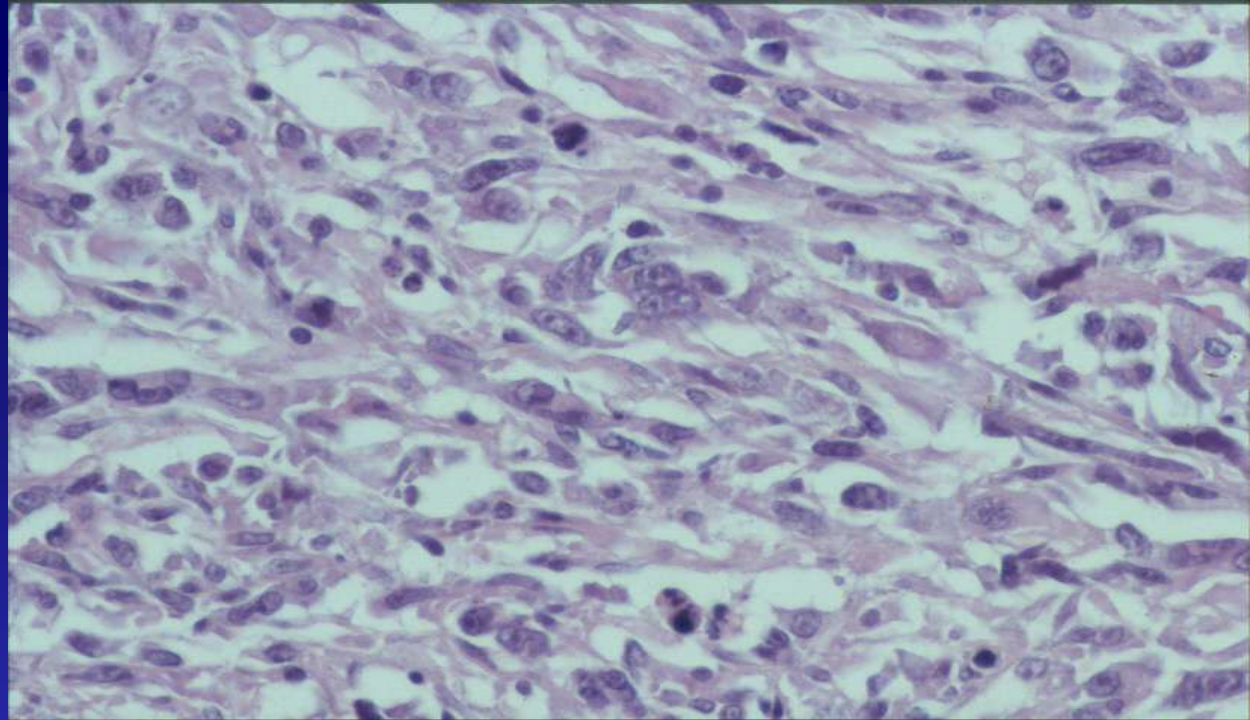
*PAAF:* positividad para malignidad (HFM)

*RNM:* masa en cara posterior de muslo con áreas necróticas de 11X6X3

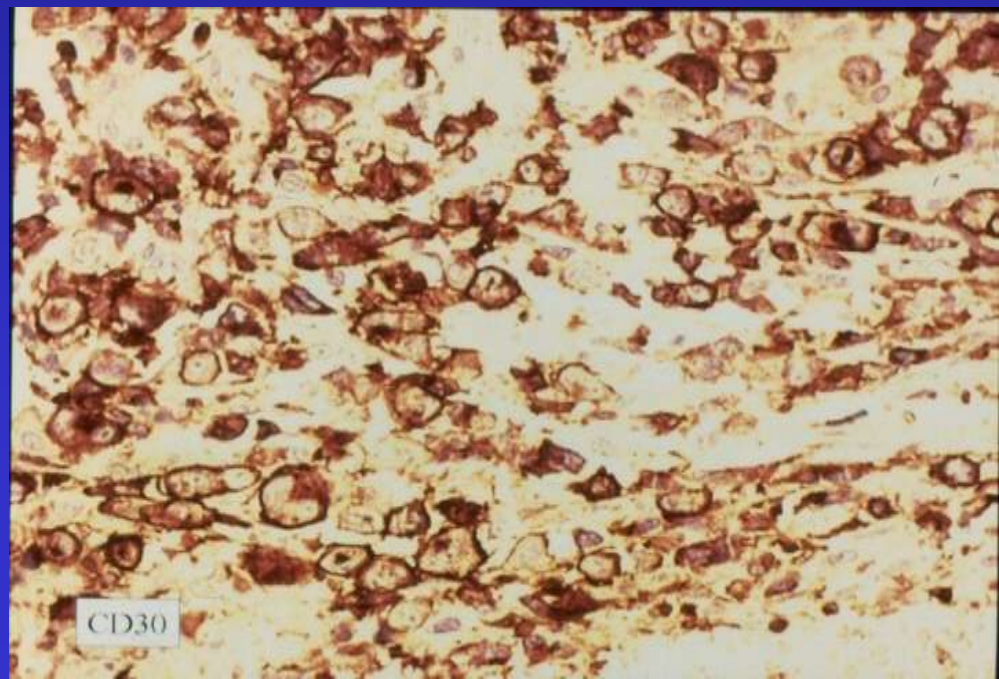
*Exéresis quirúrgica:* sospecha de arcoma de partes blandas



V3.0 H\_CENTRAL\_ASTURIAS\_IRM 16-NOV-99



9103 12078



CD30

# *Estudio inmunohistoquímico*

## **Positivo**

**CD45**  
**CD45RO**  
**CD30**  
**CD43**  
**CD4**  
**VIM**  
**BCL2 (focal )**  
**Ki67 >80%**  
**EMA (focal)**

## **Negativo**

**CD3**      **CITOQUERATINAS**  
**CD5**      **S100**  
**CD8**      **ACTINA**  
**CD10**     **DESMINA**  
**CD15**  
**CD20**  
**CD23**  
**CD56**  
**CD68**  
**ALK1**





*Diagnóstico Anatomopatológico*

*Linfoma anaplásico Ki-1 + de tejidos blandos variedad sarcomatosa*



# *Linfoma K-1 Positivo*

- ➔ *Tipo común (anaplásico de cel. Grande)*
- ➔ *Variante monomorfa*
- ➔ *Variante linfocitocítica*
- ➔ *Variante de célula pequeña*
- ➔ *Variante de celularidad mixta*
- ➔ *Variante de célula gigante*
- ➔ *Variante sarcomatoide*

# *Rasgos diferenciales*

---

- **Crecimiento difuso. Células grandes**
- **Márgenes infiltrativos con permeación de fibras musculares y tejido adiposo**
- **Necrosis tumoral**
- **Invasión de paredes vasculares**
- **Reacción de células inflamatorias**

# *Rasgos diferenciales que simulan sarcoma*

---

- ➔ *Anaplasia celular*
- ➔ *Crecimiento fusocelular, en ocasiones estoriforme*
- ➔ *Areas mixoides*
- ➔ *Células en anillo de sello*
- ➔ *Matriz fibrilar*



# *Claves diagnósticas*

---

- ➔ **Crecimiento infiltrante angiocéntrico y angiodestructivo**
- ➔ **Contorno nuclear muy convolucionado con engrosamiento de la membrana nuclear**
- ➔ **Basofilia y/o características plasmacitoides del citoplasma**
- ➔ **Inmunohistoquímica**

# Origen de los linfomas de partes blandas

¿tejido linfoide asociado a tendones, periostio y fascias?

# Factores asociados

- HIV
- Trasplante (M-PTLDs 2008) monomorphic postransplant lymphoid disease)
- Artritis reumatoidea
- EBV



# *Conclusión*

*Incluir la posibilidad de linfoma ante una neoplasia de tejidos blandos, aunque presente una citología pleomórfica y un patrón estoriforme o con cambios mixoides. Su reconocimiento es importante dado que el tratamiento es sustancialmente diferente.*



¿Qué hemos aprendido de estos casos, para la práctica?

Diagnóstico antes de la cirugía, si no se obtiene muestra por PAAF, hacer BAG. Incluir citometría de flujo y monoclonalidad

Ayuda del radiólogo

Ante la menor duda, y no sólo en los tumores de célula redonda, incluir en la IHQ para el DD de sarcomas, marcadores linfoides.