

CORNER DIAGNOSTICO

Citologia



PRESENTAZIONE CLINICA

Un gatto comune europeo, femmina sterilizzata di 14, anni veniva presentata a causa di un'estesa lesione cutanea inguinale ed addominale ventrale. La cute risultava arrossata e, a detta dei proprietari, presentava una continua essudazione di materiale liquido sieroso, tale da imbrattare costantemente il mantello a dispetto delle continue pulizie. Tale lesione si era sviluppata in pochi giorni ed il gatto aveva inoltre manifestato progressiva depressione, riluttanza al movimento e diminuzione dell'appetito.

Alla visita clinica il paziente si presentava in buono stato di nutrizione e non erano presenti anomalie cliniche rilevanti eccezion fatta per la presenza di un'area estesa di cute inguinale eritematosa, tumefatta ed umida (Figura 1). Alla palpazione si percepiva un ispessimento diffuso del tessuto sottocutaneo, a partire dalla zona inguinale fino alla porzione media dell'addome, più evidente a sinistra. Il tessuto presentava aree ad apparente contenuto liquido frammiste ad ispessimenti multi-nodulari duro-elastici.

Un profilo emato-biochimico di base non mostrava alterazioni rilevanti.

Si procedeva ad un prelievo citologico per ago-aspirazione: in un prelievo si raccoglieva una modesta quantità (alcune gocce) di materiale liquido sieroso lievemente torbido, che all'esame citologico mostrava solo la presenza di linfociti e più rari macrofagi. Dalle porzioni più solide invece si potevano allestire dei campioni di buona cellularità, di cui mostriamo alcune immagini rappresentative (Figure 2-4).



Figura 1

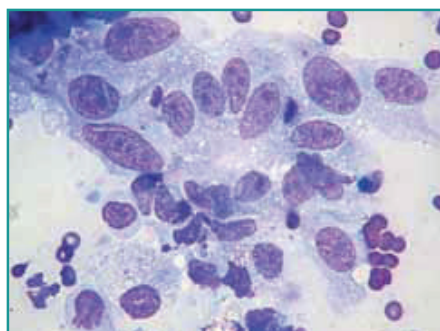


Figura 2

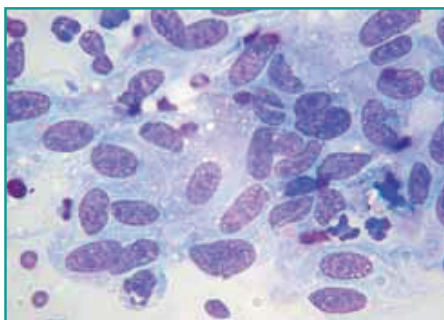


Figura 3

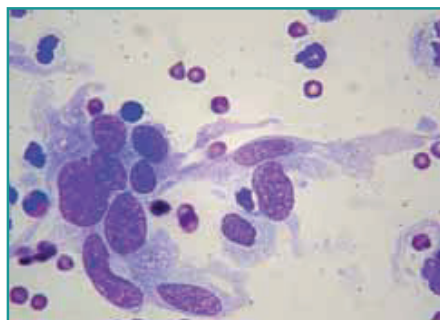


Figura 4

- 1) Descrivi il quadro microscopico presente
- 2) Quale diagnosi citologica puoi emettere?
- 3) Sulla base del quadro clinico e microscopico quale è il sospetto diagnostico della lesione?

Risposte alla pagina successiva

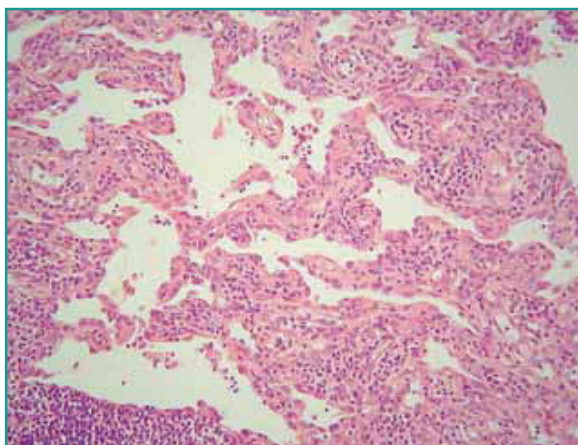


Figura 5

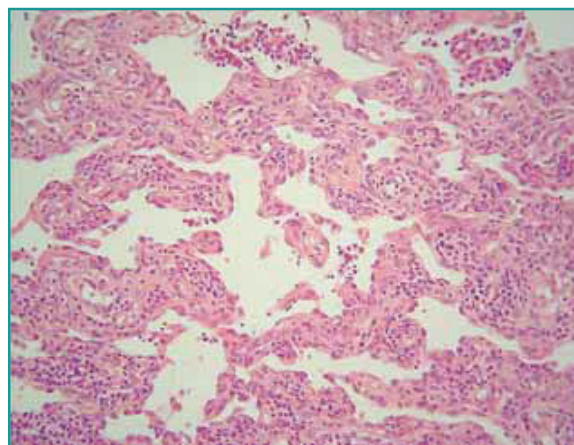


Figura 6

DIAGNOSI

All'esame citologico si osserva una popolazione predominante di cellule fusiformi allungate, spesso lassamente coese in ammassi, talora con disposizioni vorticosi o pseudo-acinari. Tali cellule presentano moderato/ampio citoplasma debolmente basofilo, talora con fini vacuolizzazioni otticamente vuote; nuclei ovali per lo più centrali, con cromatina reticolare, nucleoli spesso evidenti ed atipie citologiche di medio grado. Si osservano infine più rare cellule infiammatorie (granulociti neutrofili ed eosinofili, macrofagi e linfociti) frammiste alla popolazione cellulare principale. La sede della lesione, gli aspetti macroscopici e il quadro microscopico sono altamente suggestivi di una neoplasia mesenchimale maligna di origine vascolare (angiosarcoma). Questo sospetto è stato successivamente confermato dall'esame istologico: la neoplasia era costituita da elementi endoteliali neoplastici sostenuti da sottili fasci di sostanza fondamentale eosinofila, disposti a formare lacune vascolari irregolari; la neoplasia era ampiamente infiltrata da elementi infiammatori prevalentemente linfocitari (Figure 5 e 6). Questi aspetti morfologici erano indicativi di angiosarcoma (in particolare linfangiosarcoma).

DISCUSSIONE

L'angiosarcoma in sede sottocutanea addominale ventrale è una neoplasia poco conosciuta e relativamente rara nella specie felina, ma ben descritta in letteratura. La classificazione WHO delle neoplasie la include infatti in uno specifico capitolo tra le neoplasie mesenchimali maligne di origine vascolare¹. La proliferazione neoplastica può prendere origine dalle cellule endoteliali dei vasi ematici (emangiosarcoma) o dei vasi linfatici (linfangiosarcoma) ed infiltra diffusamente il tessuto sottocutaneo senza margini definiti. Le lacune vascolari che vengono a formarsi possono quindi contenere sangue o linfa. Le cellule endoteliali dei vasi ematici e

linfatici esprimono marker immuno-istochimici endoteliali comuni (es. CD31 ed antigene correlato al Fattore VIII o Factor VIII related antigen) e quindi non è possibile distinguere con assoluta certezza un emangiosarcoma da un linfangiosarcoma², se non ricorrendo a specifici antigeni non usati comunemente in immunohistochemical di routine³. Per tale ragione si preferisce genericamente parlare di angiosarcoma di fronte a tali neoplasie per indicarne un'origine endoteliale.

Macroscopicamente il tessuto sottocutaneo colpito si può presentare edematoso e/o emorragico, con neoformazioni non circoscritte, spesso interposte a tessuto adiposo e aree necrotiche, frammiste ad aree cistiche contenenti liquido incolore/sieroso (linfa) o aree emorragiche estese. Queste alterazioni sottocutanee si manifestano in superficie cutanea con trasudazione di liquido incolore o con estesi ematomi ed ecchimosi rispettivamente^{1,4}. È quindi molto importante per il clinico riconoscere questo aspetto macroscopico pressoché unico e quasi patognomonico della lesione, tenendo in debita considerazione questa entità patologica poco conosciuta e pertanto poco diagnosticata nella pratica clinica. Sebbene non tendano a metastatizzare a distanza, il tipo di crescita infiltrante e mal definito, rende queste neoplasie difficili da trattare mediante escissione chirurgica e non ci sono terapie alternative che abbiano una riconosciuta efficacia. La prognosi è quindi solitamente infausta⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Hendrick MJ, Mahaffey EA, Moore FM, *et al.* World Health Organization Histological Classification of Mesenchymal Tumors of Skin and Soft Tissues of Domestic Animals. Second Series, Volume 2, 1998.
2. Ferrer L, Fondevila D, Rabanal RM, *et al.* Immunohistochemical detection of CD31 antigen in normal and neoplastic endothelial cell. *Journal of Comparative Pathology* 112: 319-326, 1995.
3. Galeotti F, Barzagli F, Vercelli A, *et al.* Feline lymphangiosarcoma - definitive identification using a lymphatic vascular marker. *Veterinary Dermatology* 15: 13-18, 2004.
4. Hinrichs U, Puhl S, Rutteman GR, *et al.* Lymphangiosarcoma in cats: a retrospective study of 12 cases. *Veterinary Pathology* 36:164-167, 1999.