

CASO CITOLOGICO

A cura di: **Mario Caniatti**

Istituto di Anatomia Patologica Veterinaria e Patologia Aviare. Università degli Studi di Milano - Via Celoria 10, 20123 Milano

QUAL È LA VOSTRA DIAGNOSI?

M. CANIATTI, F. BANI

Istituto di Anatomia Patologica e Patologia Aviare - Milano

Segnalamento: Rosy è un cane, meticcio di piccola taglia, femmina, di 11 anni.

Dati anamnestici e clinici: Rosy, che ha sempre vissuto in appartamento senza mostrare nel corso degli anni particolari problemi di salute, viene portata alla visita clinica perché da una settimana manifesta tenesmo legato ad una tumefazione nella regione perianale. All'esame clinico il soggetto non mostra reperti di rilievo, fatta eccezione per la presenza di una neoformazione localizzata in sede sottocutanea che si estende prevalentemente di lato e dorsalmente all'ano, a destra dell'attaccatura della coda. Alla palpazione appare di dimensioni superiori a 5 cm e di consistenza dura; non si rileva alcuna risposta algica alle manipolazioni e la cute soprastante è normale. L'esplorazione rettale mette in evidenza una estensione del processo in senso craniale. Un esame radiologico dell'addome rileva una voluminosa formazione radiopaca, tondeggiate, che dalla cavità

pelvica si estende cranialmente nella regione sottolombare fino a raggiungere la quinta vertebra lombare. L'ultimo tratto del grosso intestino e il retto risultano notevolmente deviati. L'esame radiografico del torace non evidenzia reperti di rilievo. Nell'occasione viene eseguito un prelievo citologico per aspirazione con ago sottile. Il vetrino è fissato velocemente all'aria e colorato con May-Grünwald Giemsa.

Microscopicamente, il prelievo citologico è caratterizzato da una elevata cellularità costituita essenzialmente da numerosi gruppi, di dimensioni variabili, di cellule coesive (Fig. 1). Queste cellule, non molto voluminose, sono caratterizzate da nucleo rotondo ed eccentrico, nucleolo poco evidente, moderata quantità di citoplasma finemente granuloso, non di rado vacuolizzato e debolmente basofilo. In qualche caso si osservano cellule disposte a raggiera a delimitare spazi vuoti o goccioline di materiale bruno (Fig. 2).

Qual è la vostra diagnosi?

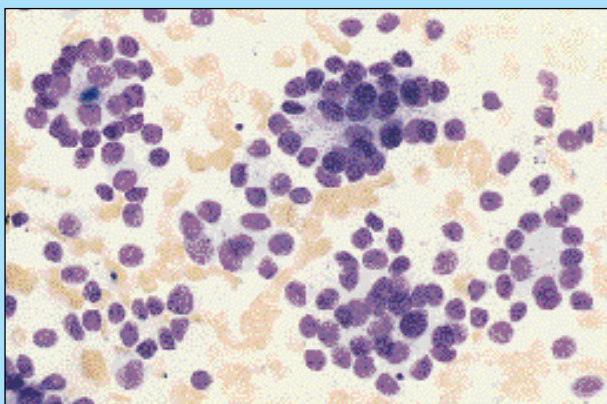


FIGURA 1 - Aspirato di neoformazione sottocutanea, May-Grünwald Giemsa, medio ingrandimento. Prelievo ematico in presenza di numerosi gruppi di cellule coesive e non rari nuclei nudi sparsi tra gli eritrociti.

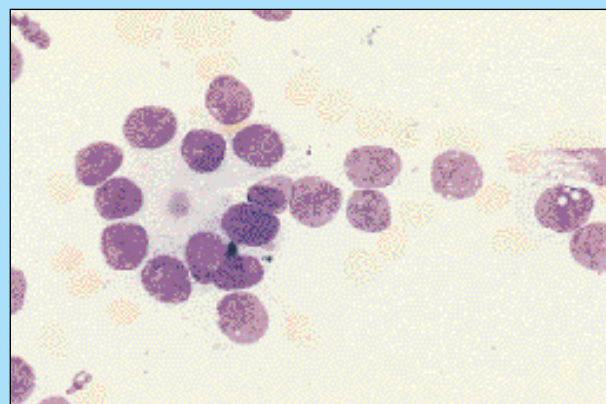


FIGURA 2 - Aspirato di neoformazione sottocutanea, May-Grünwald Giemsa, forte ingrandimento. Cellule coesive disposte a raggiera a delimitare un piccolo spazio centrale in cui è presente una piccola quantità di materiale amorfo.

Qual è la vostra diagnosi?

CARCINOMA DELLE GHIANDOLE APOCRINE DEI SACCHI ANALI

Commento: La regione anale e perianale del cane contiene numerose strutture ghiandolari: 1) ghiandole circumanali (epatoidi) che sono sebacee modificate; 2) ghiandole apocrine della parete dei sacchi anali; 3) ghiandole anali, merocrine, localizzate nella sottomucosa dell'ano e 4 e 5) ghiandole sebacee e sudoripare associate ai follicoli piliferi. In questa sede la neoplasia più comune (la terza fra tutti i tumori cutanei) è l'adenoma delle ghiandole circumanali, conosciuto anche come adenoma delle ghiandole perianali. Si tratta di una neoplasia generalmente benigna (gli adenocarcinomi sono rari) frequente nel maschio anziano. Gli **adenocarcinomi delle ghiandole apocrine dei sacchi anali** sono relativamente meno frequenti, sebbene siano la più comune neoplasia perineale della femmina anziana. Si tratta di tumori decisamente maligni che invadono facilmente i tessuti molli circostanti e spesso metastatizzano ai linfonodi regionali, anche se pare non diano così facilmente origine a metastasi a distanza. Classicamente la malattia si presenta come visibile tumefazione perineale che causa problemi di defecazione e, in circa un quarto dei casi, in associazione o alternativa a questa sintomatologia locale, possono esserci poliuria e polidipsia associati a ipercalcemia. Spesso (nel 30% dei casi in uno studio) il decorso della malattia è subdolo e non vi sono sintomi evidenti finché la neoplasia non raggiunge una certa dimensione. Ne consegue che un'attenta palpazione rettale è di estrema importanza, come parte di una visita completa, in particolare nel caso di un cane anziano e di sesso femminile.

L'ipercalcemia si ipotizza dovuta ad una sostanza biologicamente attiva ad azione osteolitica prodotta dalle cellule neoplastiche. Infatti la calcemia tende a normalizzarsi dopo asportazione completa della neoplasia e quindi la sua determinazione viene considerata un buon test per valutare recidiva locale o metastasi a distanza.

La diagnosi citologica di queste neoplasie non è particolarmente difficile in quanto la diagnosi differenziale è so-

prattutto nei confronti di iperplasia o tumori benigni delle ghiandole epatoidi che hanno caratteri citologici decisamente distintivi ricordando molto da vicino gli epatociti. Per contro, nel carcinoma delle ghiandole apocrine, è caratteristica la tendenza dei gruppi di cellule a disporsi in modo da circoscrivere spazi in cui è spesso visibile materiale di secrezione.

L'escissione chirurgica della massa primaria e di eventuali metastasi linfonodali rimane il trattamento raccomandato, ma spesso questi tumori recidivano proprio perché la diagnosi non è tempestiva e lo stadio di malattia è avanzato. Bisogna infine ricordare le frequenti complicanze post-operatorie (infezione della ferita chirurgica, incontinenza fecale o urinaria) che, associate ad eventuali recidive locali o metastasi a distanza, obbligano il veterinario a emettere una prognosi riservata per quanto riguarda la sopravvivenza a lungo termine.

Stadio di malattia (avanzato) e ipercalcemia sono inversamente correlati con la sopravvivenza. Nel nostro caso, al momento della diagnosi citologica, Rosy aveva già una imponente metastasi sottolombare, evidenziata dal radiogramma, che la fece considerare inoperabile. In accordo col proprietario, Rosy fu sottoposta ad una terapia sintomatica per controllare l'ipercalcemia (15,1mg/dl al momento della prima visita, valore non "corretto" secondo la formula che tiene conto dell'albuminemia). Dopo tre mesi fu necessaria l'eutanasia per l'aggravarsi della sintomatologia locale. La necropsia rivelò la presenza di tre masse neoplastiche unite da un sottile cordone: una localizzata nel perineo; la seconda, più piccola, in cavità pelvica e la terza, assai voluminosa, in sede sottolombare. L'esame istologico confermò la diagnosi citologica di adenocarcinoma delle ghiandole apocrine dei sacchi anali. I linfonodi regionali erano coinvolti da piccole metastasi visibili solo al microscopio.

Per saperne di più:

- Feldman E.C.: Disorders of the parathyroid glands pp. 1437-1465. In: Textbook of veterinary internal medicine. Fourth ed. SJ Ettinger, EC Feldman Eds. WB Saunders, Philadelphia, 1995.
- Ross JT, Scavelli TD, Matthiesen DT, Patnaik AK: Adenocarcinoma of the apocrine glands of the anal sac in dogs: A review of 32 cases. JAAHA, 27:349-355, 1991.