

**XLIX REUNIÓN
ASOCIACIÓN TERRITORIAL DE LA
REGIÓN DE MURCIA**
Sociedad Española de Anatomía Patológica



LUGAR: HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA, CARTAGENA



SéAP-IAP



30 DE JUNIO DE 2017



María Isabel Ortuño Moreno
Gema Ruiz García
Laura Barona García
Alejandro Salazar Nicolás
Luis Alberto Polo Martínez

CASO 1

- Mujer 63 años (H. Santa Lucía)
- Antecedentes oncológicos:
 - Adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado con extensas *áreas sarcomatoides*, necrosis, G3, infiltra todo espesor miometrial, invasión linf-v y perineural. (pT1bN0. FIGO IB). Intervenida en diciembre de 2015.
 - Implante y linfadenectomía bilateral negativos.
 - Tto Qt, Rt y braquiterapia vaginal. Finaliza en julio 16.

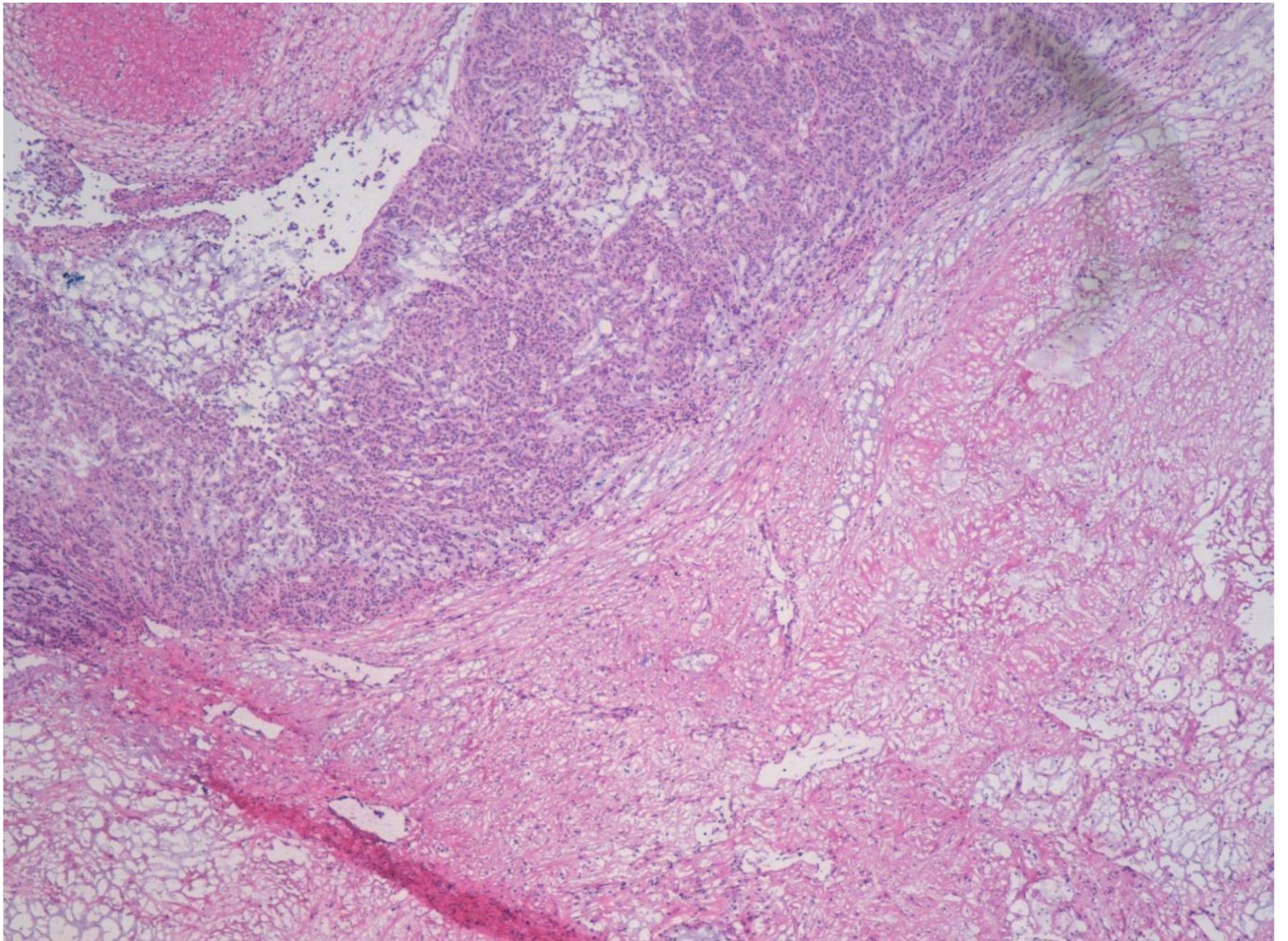
- Después de 9 meses del diagnóstico, septiembre 2016: hallazgo en TC de control de TEP bilateral.
- Noviembre 16: aumento disnea habitual. Ecocardiograma → trombo en VD → traslado Arrixaca
 - Ecocardiograma
 - RMN

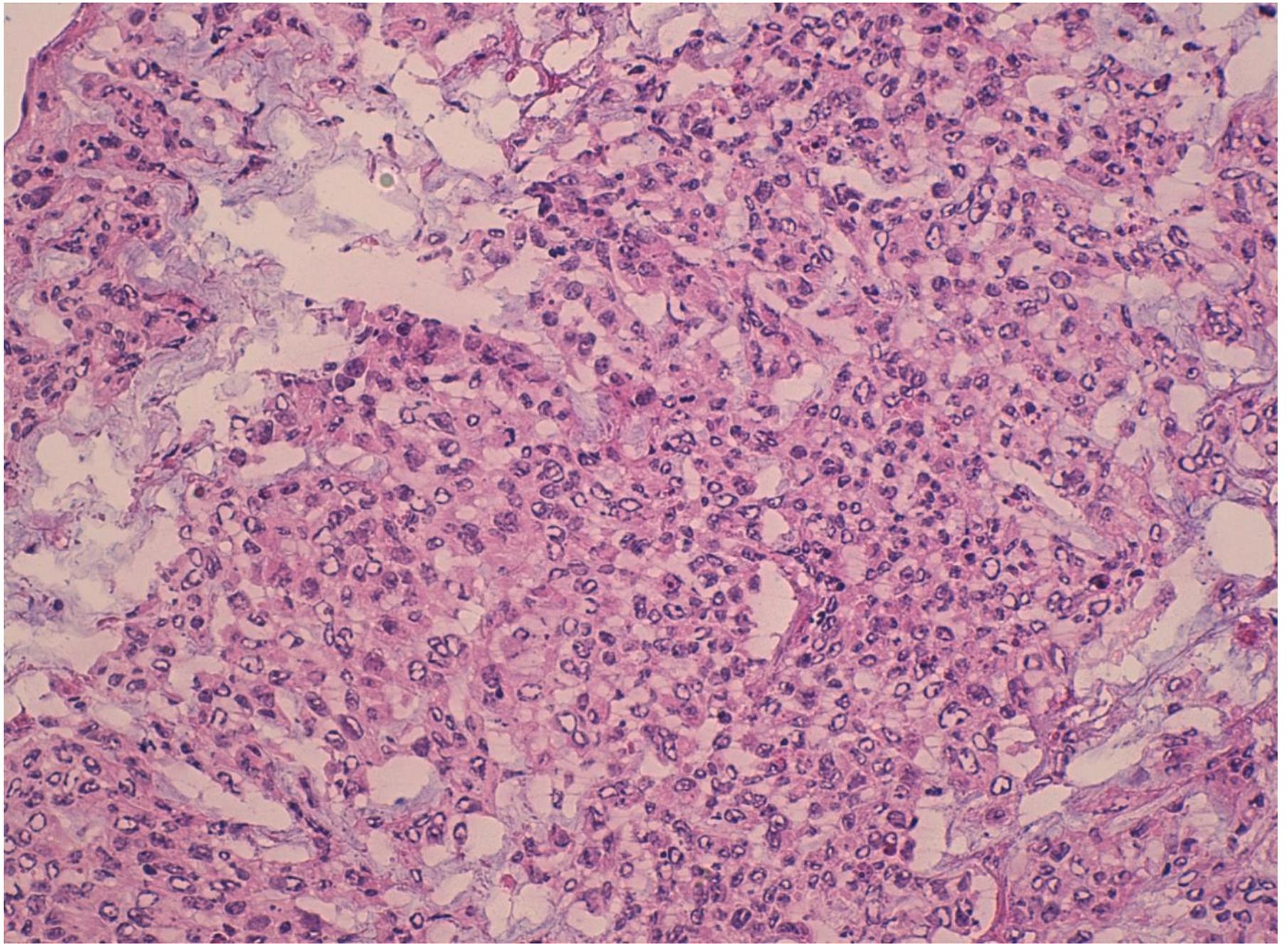


- Ecocardiograma: masa móvil de 3,4 cm de diámetro en ápex de VD que protruye hacia el infundíbulo derecho y genera obstrucción severa.
- Tto con heparina a dosis anticoagulantes. Tras 6 días sin cambios en el trombo y estable hemodinámicamente se decide alta.

- Diagnósticos clínicos: enfermedad tromboembólica venosa
 - TEP de bajo riesgo en paciente oncológica (Sep 16)
 - Trombo en VD no complicado

- En diciembre de 2016 se decide operar: en VD cerca del ápex, gran neoformación redondeada con tejido blanquecino de aspecto multinodular y consistencia encefaloide, implantada en el músculo (e infiltrante).
- Se reseca la neoformación y la base de implante. Se envía el tejido para biopsia intraoperatoria.

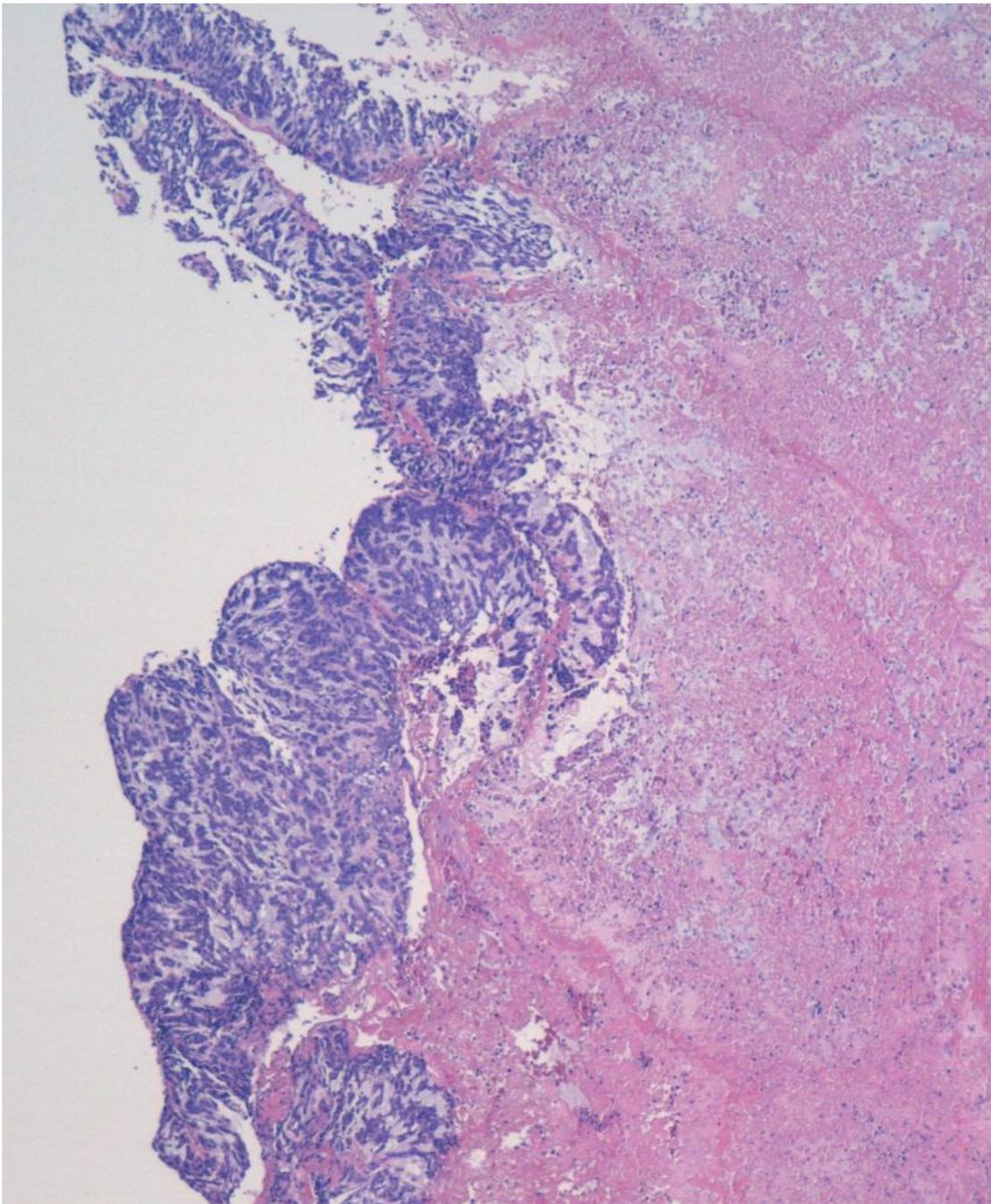




- Diagnósticos de ambas: tumor maligno con degeneración mucoide y necrosis, con rasgos epiteliales, que puede ser compatible con carcinoma. Pendiente de filiación IHQ.

Macroscópico

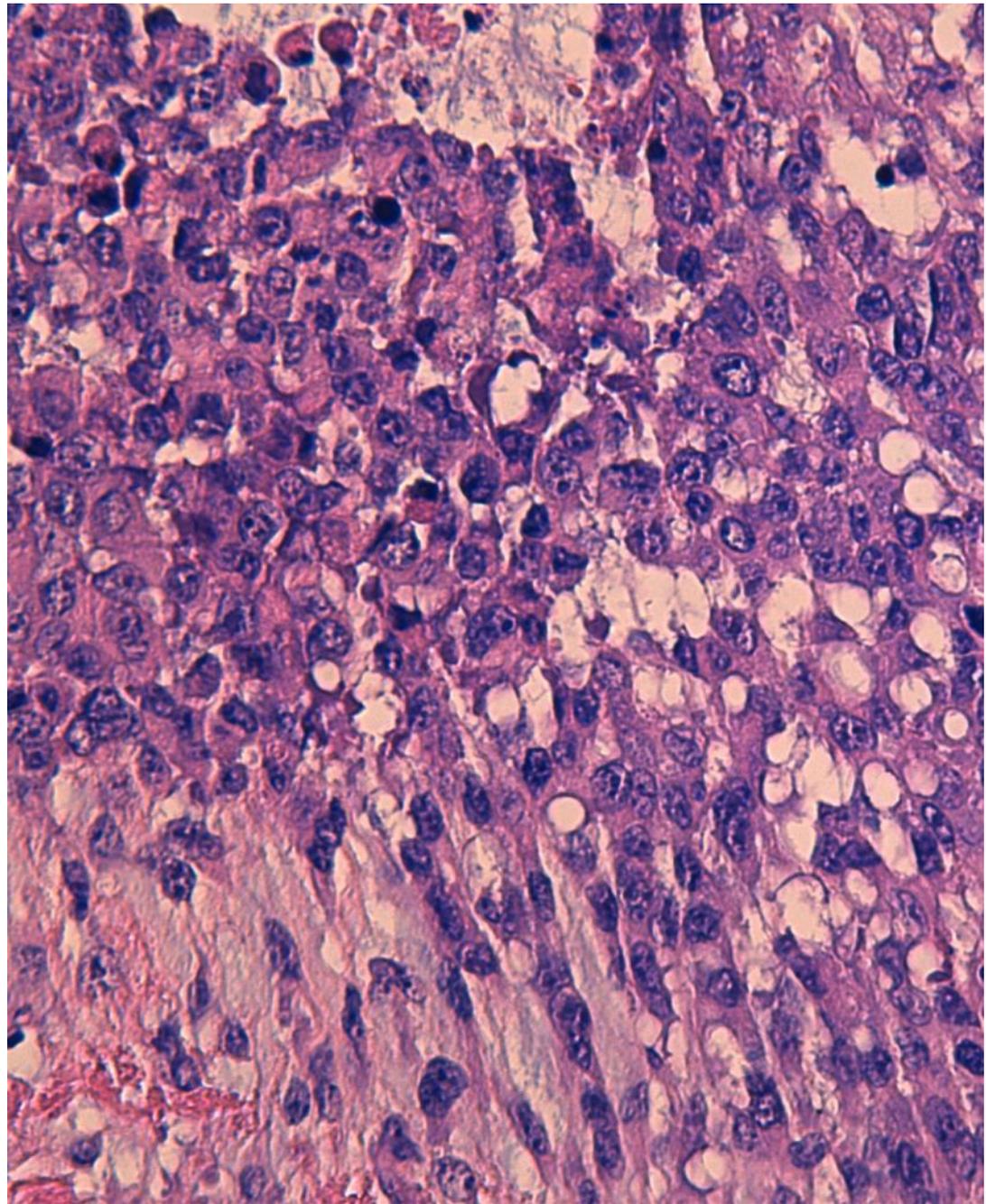
- Múltiples fragmentos irregulares de coloración pardo-grisácea, algunos de ellos más blaquescinos, de aspecto granujiento, que agrupados miden 7 x 6 x 0,5 cm.

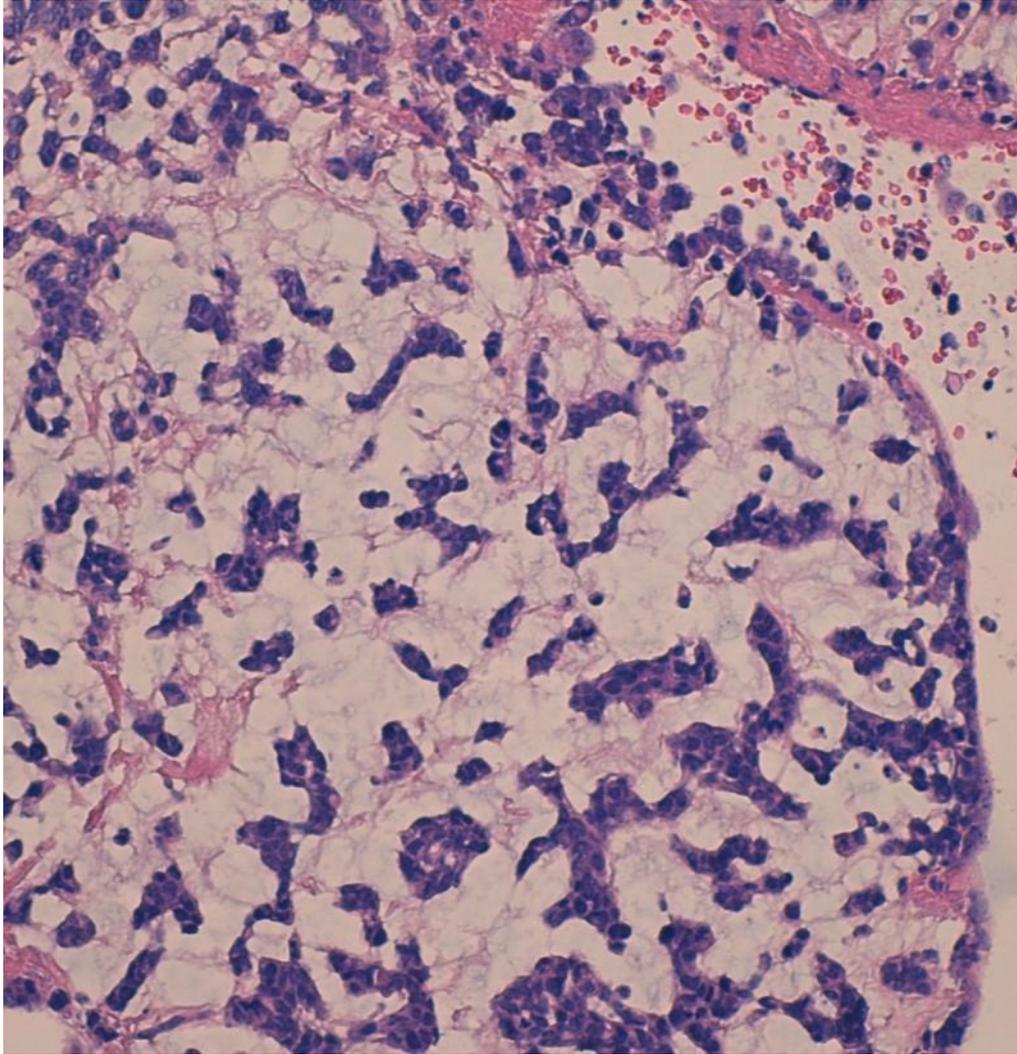


Neoplasia maligna con intensa y extensa necrosis a nivel central, con preservación de la misma solamente en periferia

.

Las células tienen un cierto *hábito epitelioide*, con bordes citoplásmicos mal definidos, ligeramente eosinófilas y cromatina difusa con nucleolos pequeños.
Índice mitótico de 17 mitosis por 10 cga.





Disposición en nidos y cordones pequeños, acompañándose de estroma laxo-mixoide con positividad para azul alcian.

Inmunohistoquímica

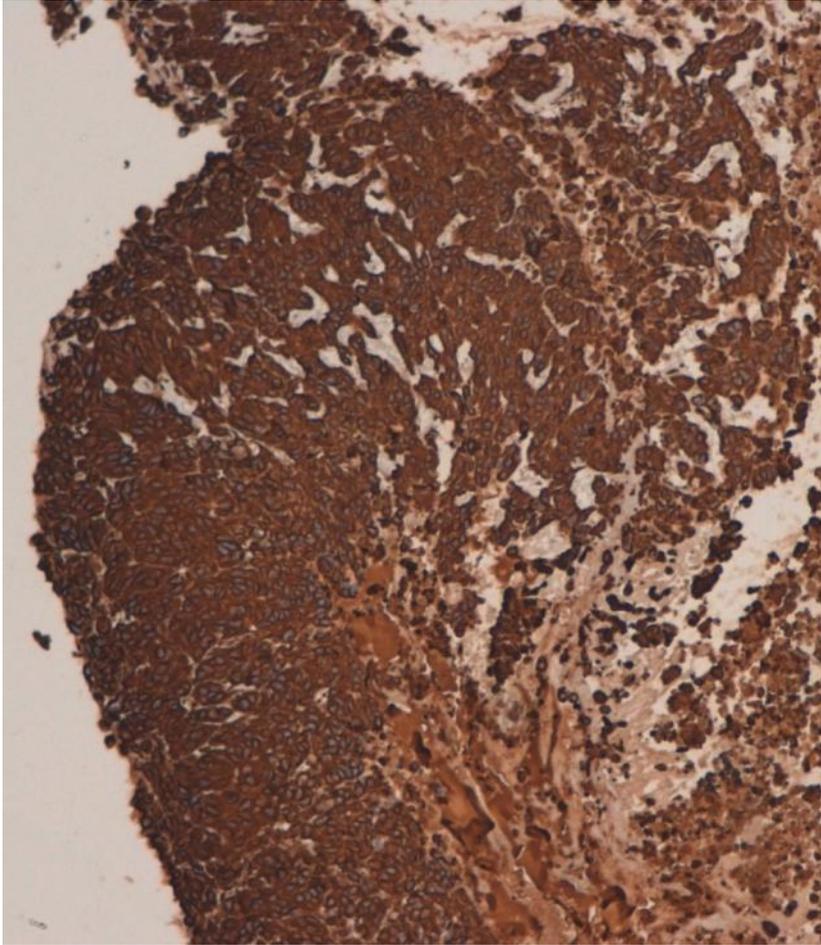
- Negativa:

- Marcadores epiteliales (CKAE1/AE3, CK7, CK20, CK8/18, CK34bE12)
- Marcadores musculares: actina, desmina, miogenina y MyoD1
- Marcadores neural y melánico: Melan A y S100
- CD31
- Calretinina

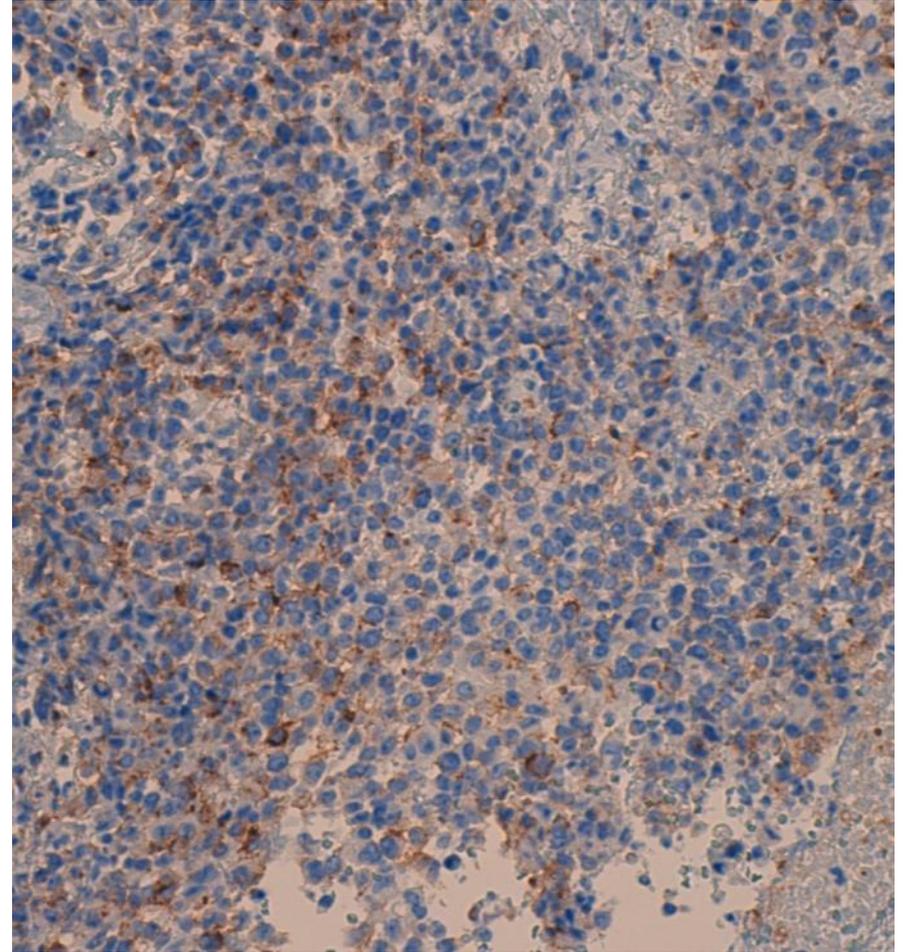
- Positiva:

- Vimentina extensa e intensa
- EMA focal
- Estroma laxo-mixoide azul alcian.

Vimentina

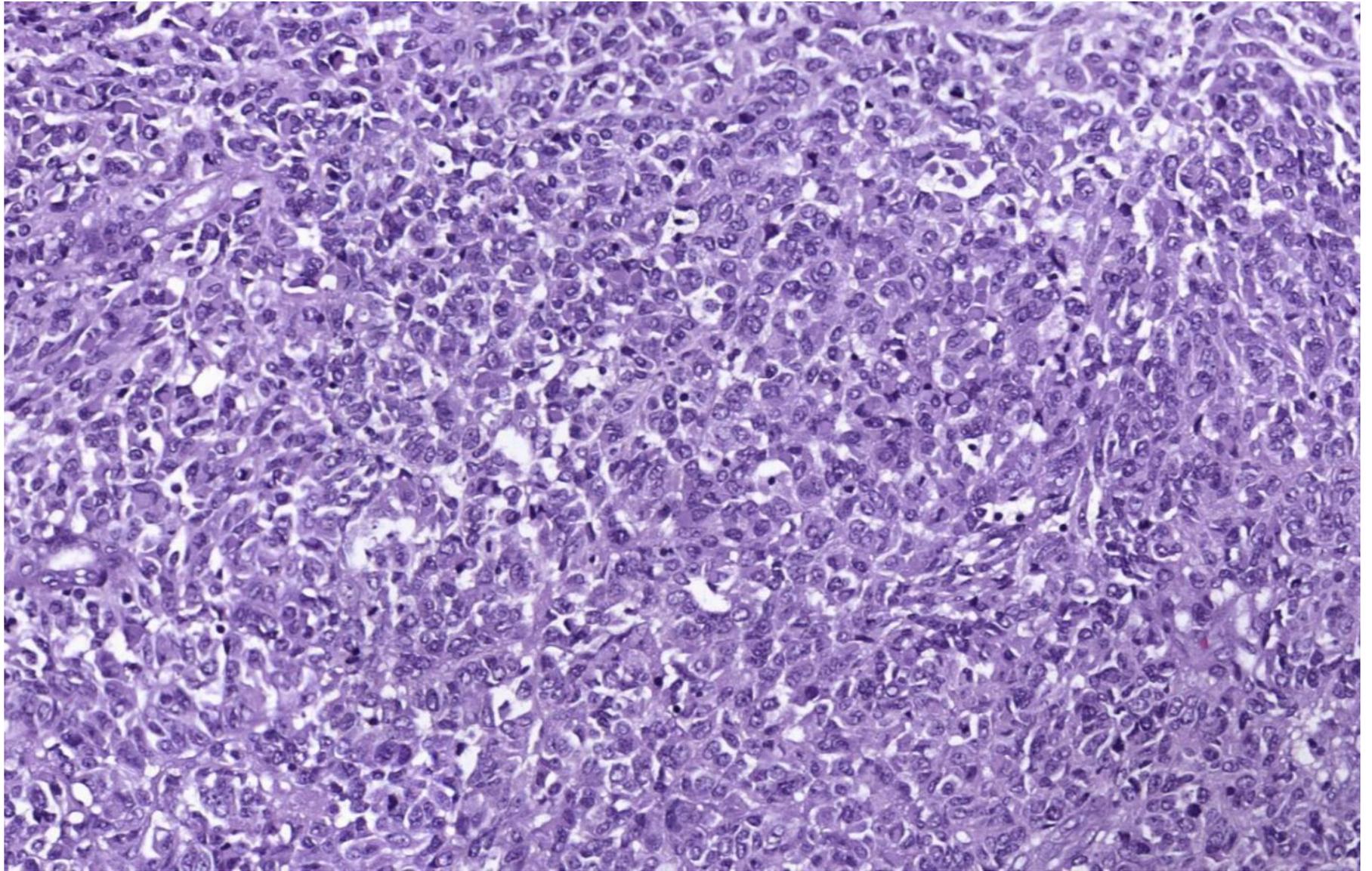


EMA



Comentario

- Los sarcomas cardiacos indiferenciados pueden presentar morfología epitelioides y tinción solo para la vimentina, aunque con un patrón más discohesivo. Al comparar con las imágenes digitales de la neoplasia ginecológica previa se observa similitud con el componente descrito como sarcomatoide. Es, por tanto, más compatible con una metástasis de este origen.



Diagnóstico

- Neoplasia mesenquimal maligna epitelióide compatible con metástasis de neoplasia uterina previa (adenocarcinoma endometrióide moderadamente diferenciado con extensas áreas sarcomatoides)

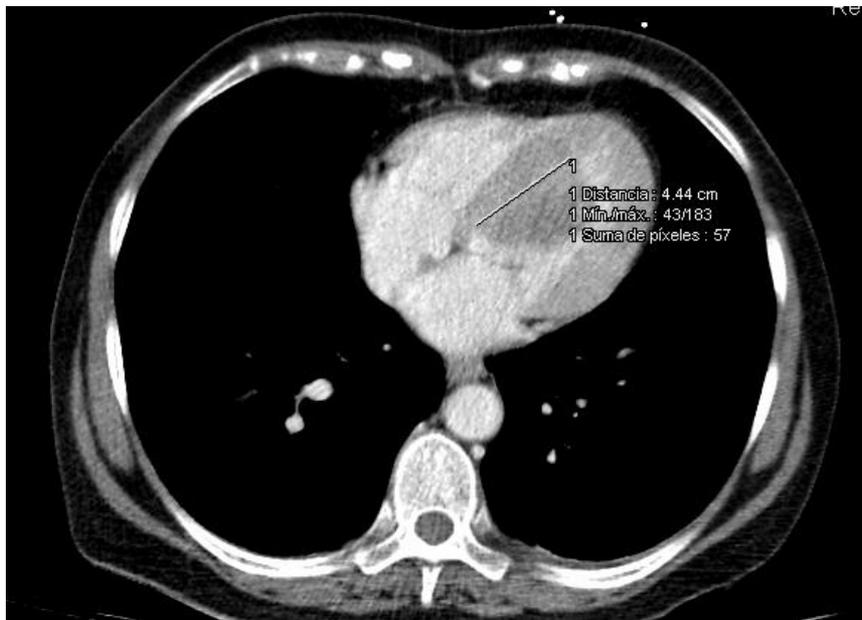
Autopsia

- VD área de aspecto granujiento de 5 cm aprox.
- Apertura arteria pulmonar derecha → émbolo de aspecto tumoral de 5 x 2 x 1 cm

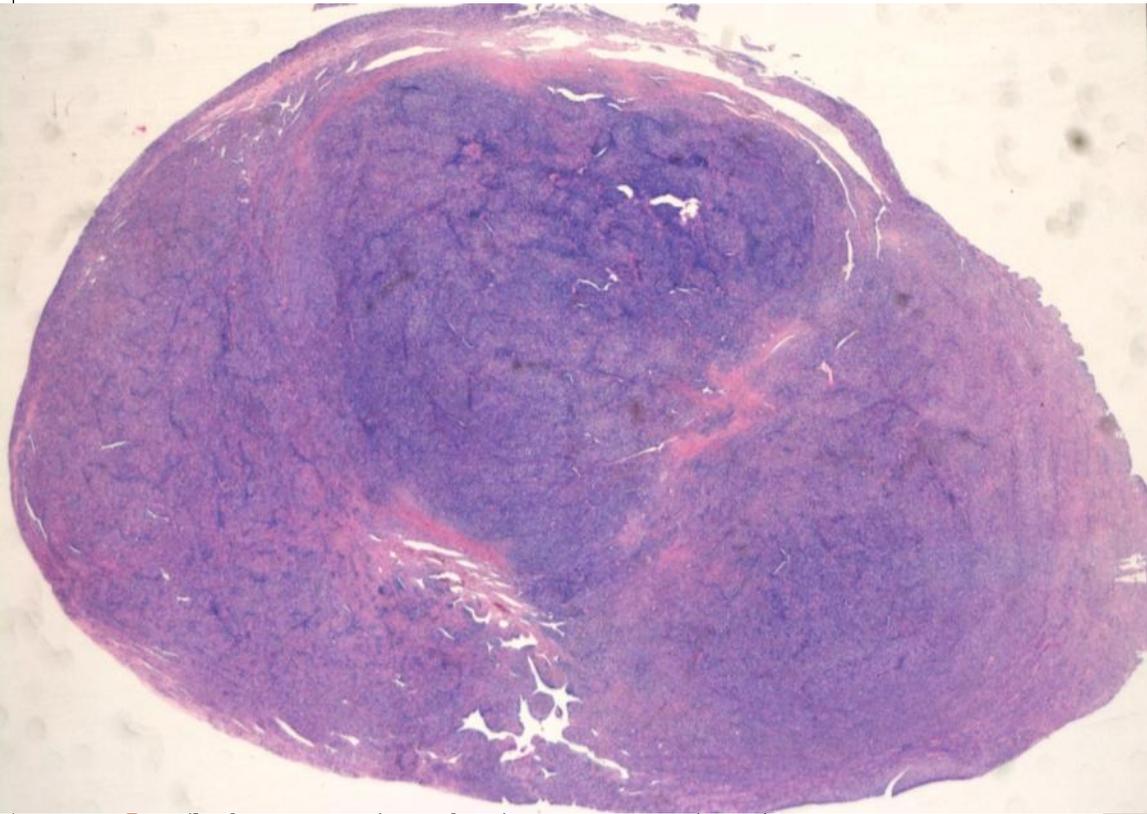
CASO 2

- Mujer de 61 años
- Antecedentes: carcinosarcoma/tumor mulleriano mixto maligno de endometrio estadio pT1aN0Mx (FIGO 1A) (Qx en marzo 2016)
- En enero 2017 (tras 9 meses) traslado desde hospital de referencia por síncope de repetición asociados a masa intraventricular izquierda.

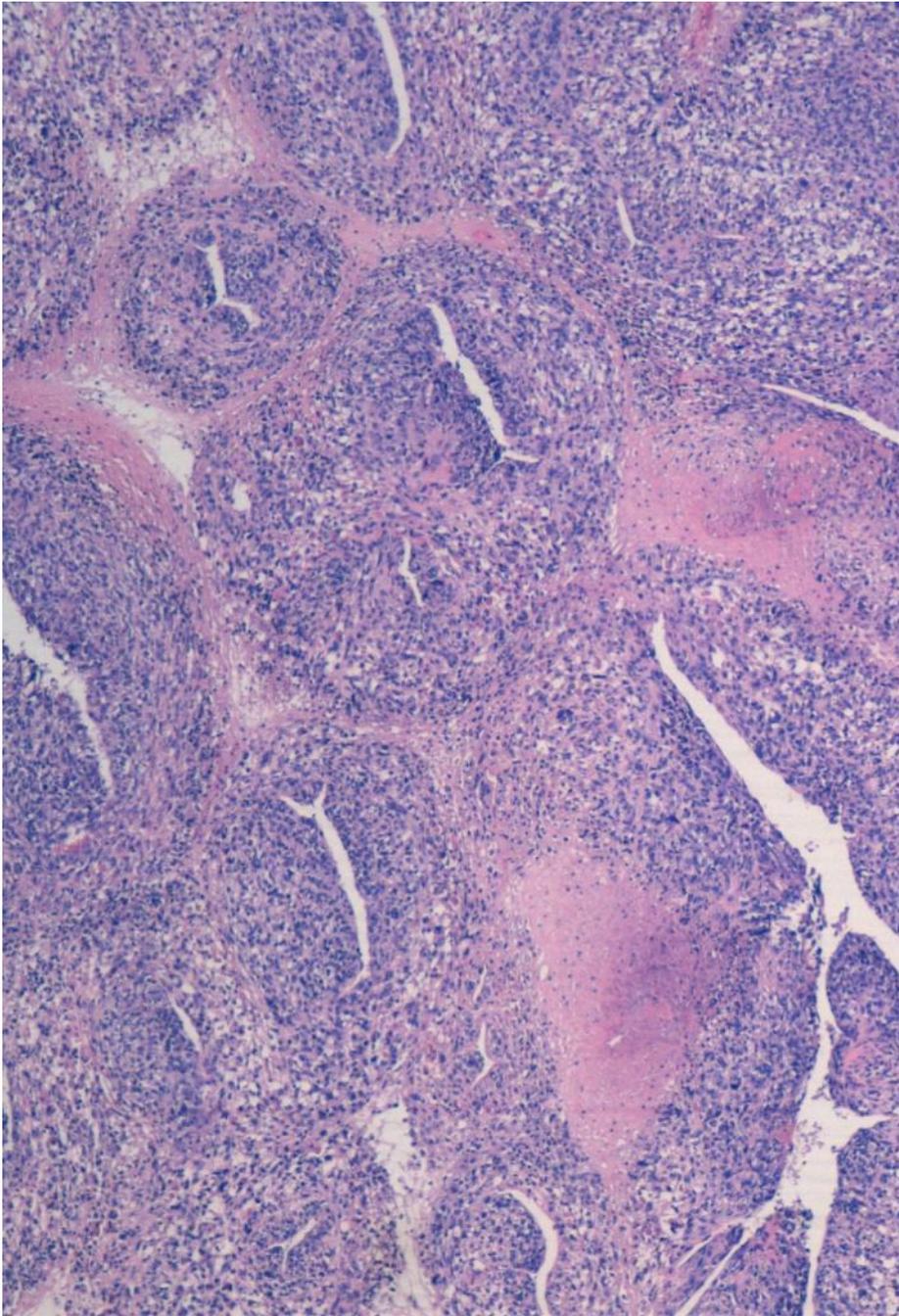
Pruebas de imagen



- Ecocardiograma: masa intraventricular izquierda de 5,3 x 2,5 cm. Genera obstrucción severa fija.
- TC con contraste: masa hipodensa de 3,5 x 3,3 x 4,3 cm. ¿Mixoma? ¿Trombo?
- Qx



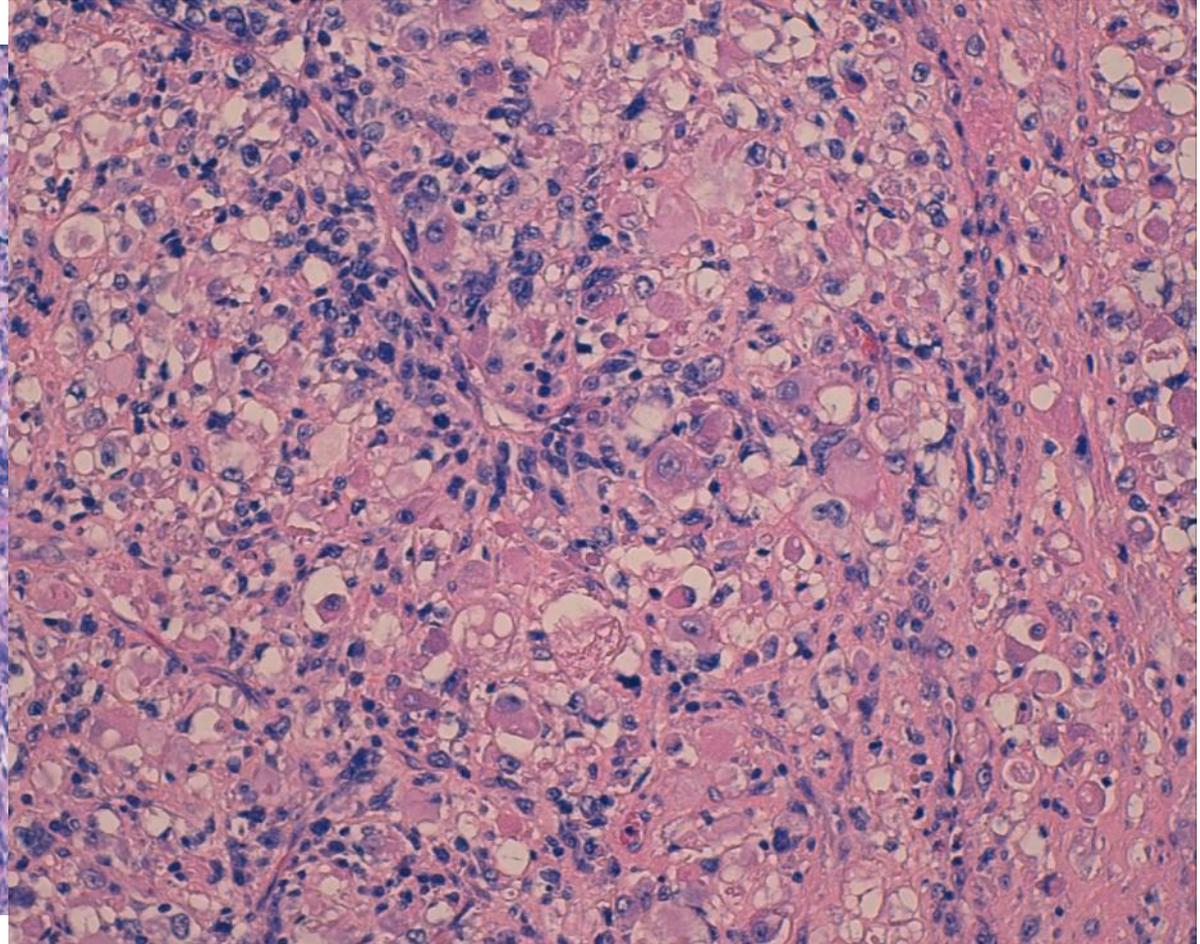
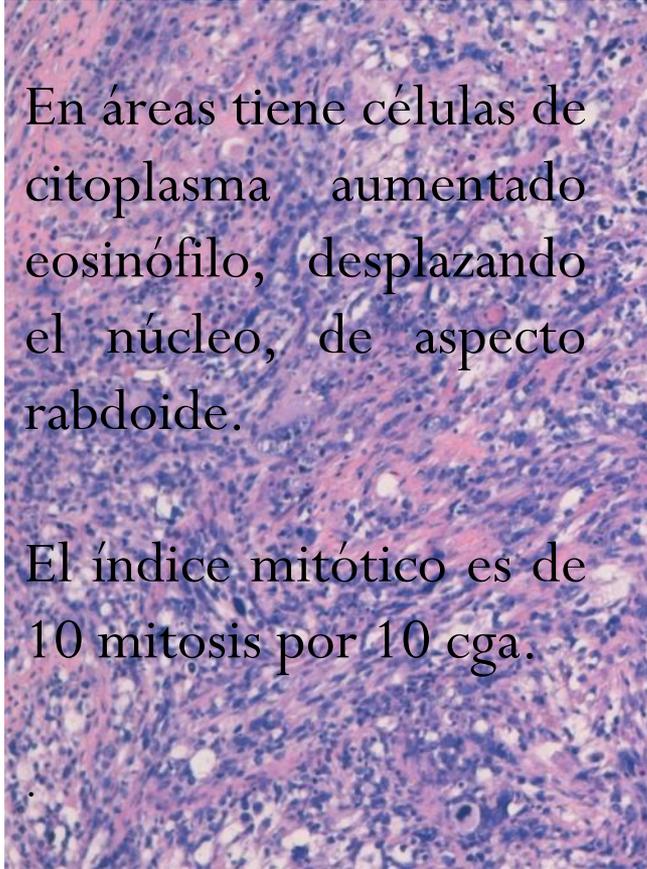
- A los cortes la tumoración tiene un aspecto más o menos homogéneo, formando lóbulos de coloración blanquecina con algunas áreas de vasos sanguíneos y hemorragia.



Proliferación tumoral de alta densidad celular que asocia necrosis tumoral en aproximadamente un 20%.

En áreas tiene células de citoplasma aumentado eosinófilo, desplazando el núcleo, de aspecto rabdoide.

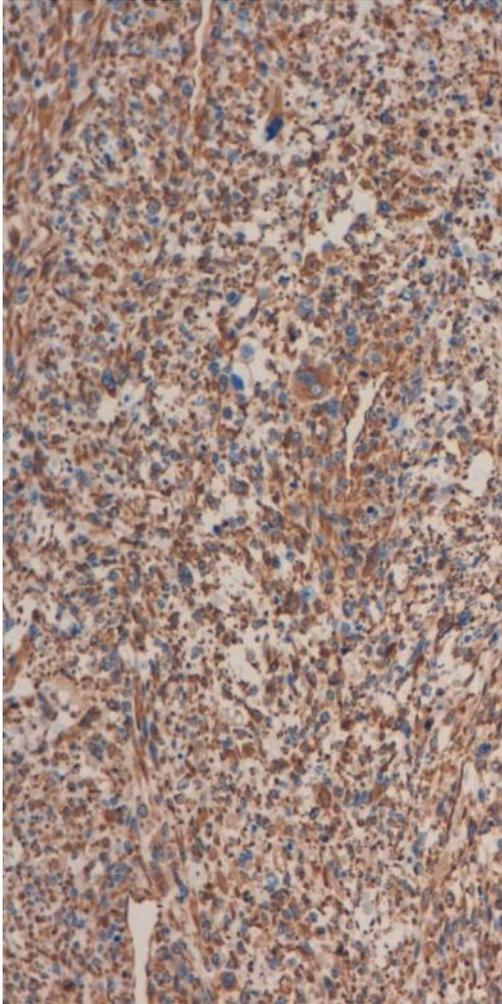
El índice mitótico es de 10 mitosis por 10 cga.



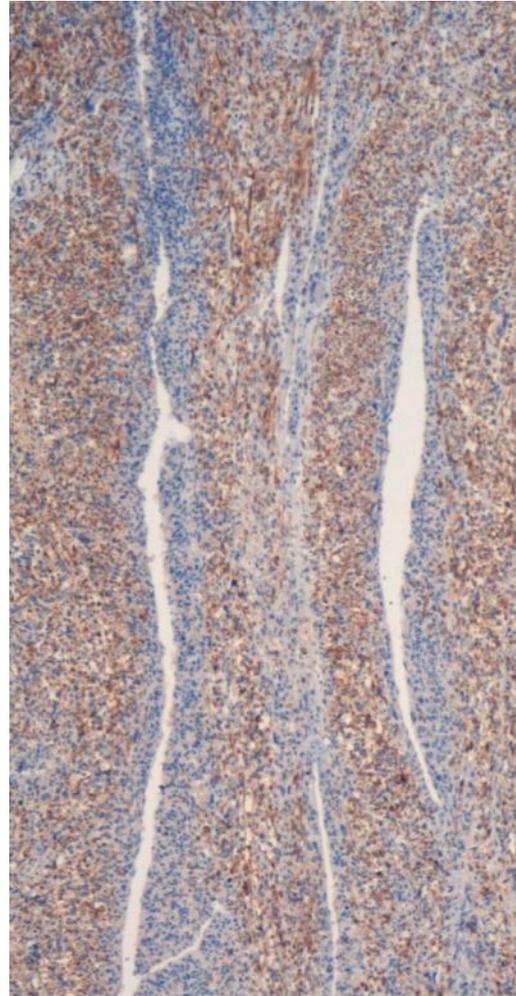
Inmunohistoquímica

- Negativa:
 - CKAE1/AE3, CK7, CK19
 - EMA
 - MyoD1 y myosina
 - S100 y Melan-A
 - MDM2
 - WT-1 y calretinina
- Positiva:
 - Vimentina
 - Actina y desmina
 - CK8/18 focal (células aisladas)

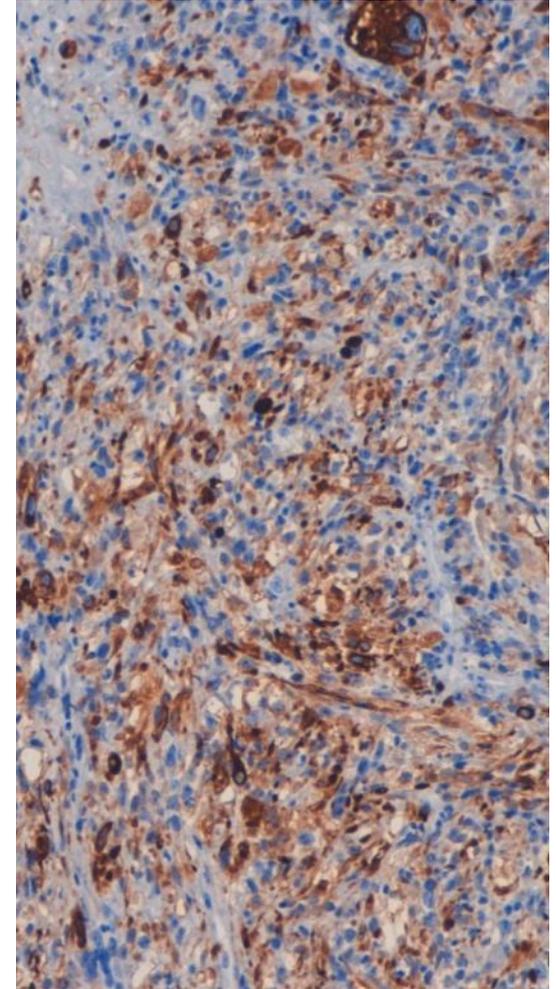
Vimentina



Actina



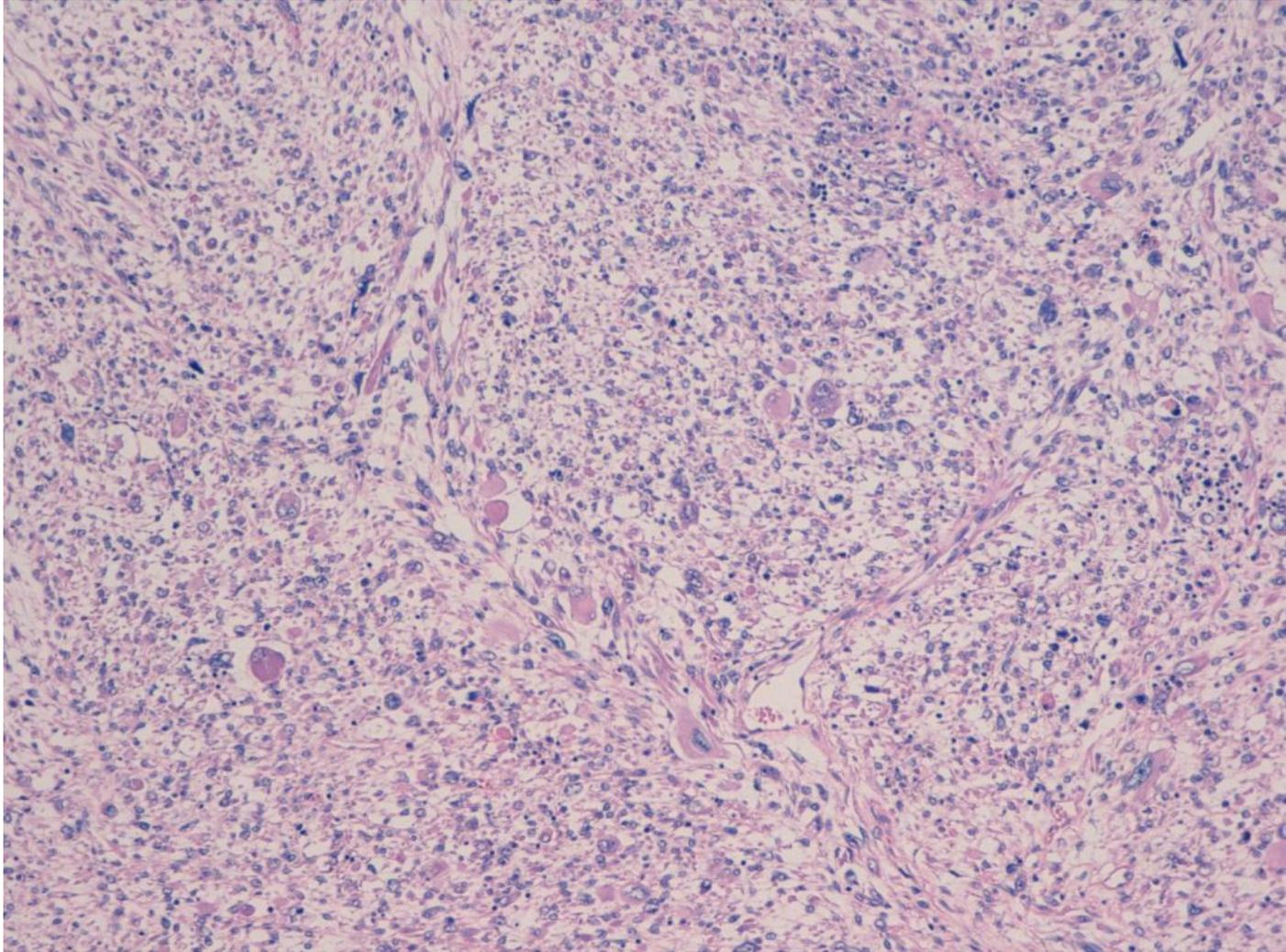
Desmina



Comentario

- La imagen morfológica descrita corresponde a un sarcoma de alto grado con diferenciación morfológica e inmunohistoquímica muscular de tipo liso, que, dado el antecedente de carcinosarcoma, en el cual también presenta células de tipo rabdoide, es compatible en primer lugar con una metástasis del mismo.

Carcinosarcoma endometrial



Diagnóstico

- Sarcoma de alto grado con diferenciación muscular, compatible con metástasis de carcinosarcoma uterino.

- El carcinosarcoma uterino o tumor mulleriano mixto maligno es una neoplasia rara y muy agresiva, rápidamente progresiva y con mal pronóstico.
- Hay recurrencias en más de la mitad de los casos de esta enfermedad, y más del 80% de éstas se acompañan de metástasis a distancia.

- Factores predisponentes de recurrencia local:
 - diseminación anexial
 - metástasis en ganglios linfáticos
 - diferenciación sarcomatosa
 - la mayoría ocurren en el primer año
- Factores que favorecen las metástasis:
 - positividad de ganglios linfáticos retroperitoneales
 - invasión miometrial profunda
 - extensión del tumor al cérvix
 - invasión vascular
 - bajo grado de diferenciación

- Es más frecuente la muerte por recurrencia local que por metástasis.
- A diferencia de los sarcomas, que suelen usar la vía hematógena, los carcinosarcomas suelen diseminarse vía linfática.
- Las metástasis suelen ser asintomáticas, y los órganos más frecuentes los podemos ver en la siguiente tabla.



Porcentaje

49%

44%

35%

19%

Hueso

19%

Corazón o pericardio

9%

Cerebro

7%