

Histiocitosis ganglionar masiva con metalosis secundaria a endoprótesis de rodilla

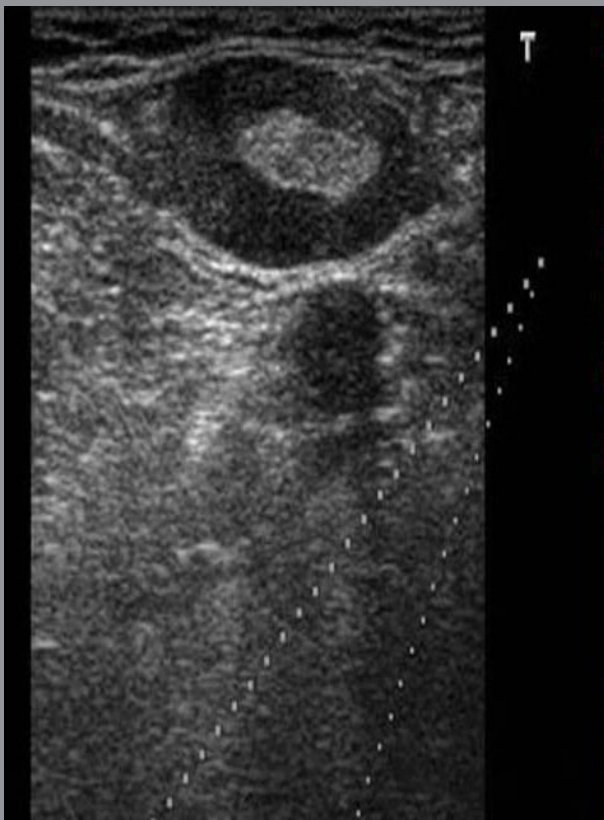
{1}Torres Gómez FJ, {2}Del Álamo Juzgado C, {1}Fernández Machín P, {1}García Suárez RM, {1}Ulibarrena Estévez J

{1}Unidad de Anatomía Patológica. Área de Gestión Clínica de Biotecnología
 {2}Servicio de Cirugía
 Empresa Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir. Sevilla

El aspecto clínico de distintas lesiones y el contexto en el que surgen permiten especular con diagnósticos finalmente refutados tras el estudio histológico. Se trata en ocasiones de meros hallazgos sin trascendencia clínica, pero que es preciso tener en cuenta a la hora de establecer diagnósticos diferenciales, sobre todo en casos con exuberantes manifestaciones clínicas en los que se pretenden descartar lesiones de entidad.

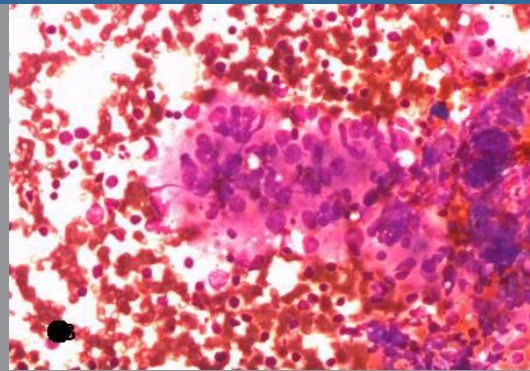
cuadro puede ser ilustrativa, al tiempo que aportamos otro caso a una patología que adolece de escasez de hallazgos comunicados.

Figura 1. Histiocitosis ganglionar masiva secundaria a metalosis: imagen ecográfica



Presentamos un caso de histiocitosis ganglionar masiva secundaria a metalosis, originada a raíz de una prótesis de rodilla. El gran tamaño ganglionar alcanzado, junto a la inespecificidad de los hallazgos citológicos, obligaron a realizar la exéresis quirúrgica, lo que permitió observar los característicos hallazgos histológicos. Creemos que la rareza del

Figura 2. Histiocitosis ganglionar masiva secundaria a metalosis: PAAF. DQ 200x.



CASO CLÍNICO

Varón de 59 años de edad, sin antecedentes de interés. Acude al Servicio de Cirugía por causa de una tumoración femoral de progresivo crecimiento.

Se realiza exploración física y ecografía y se observa una lesión ovoidal compatible con adenopatía con cambio graso en el hilio (figura 1).

Figura 3. Histiocitosis ganglionar masiva secundaria a metalosis: imagen macroscópica

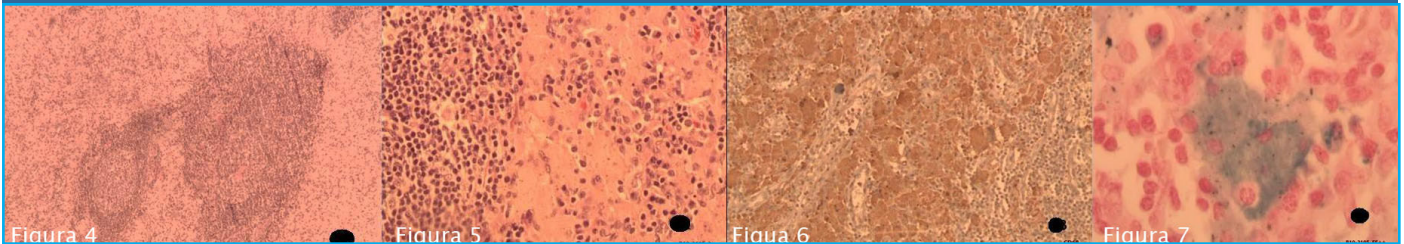


Figura 4. Histiocitosis ganglionar masiva secundaria a metalosis: sustitución histiocitaria de la arquitectura ganglionar. HE. 100x.

Figura 5. Histiocitosis ganglionar masiva secundaria a metalosis: tinción de la población histiocítica con CD68. 200x.

Figura 6. Histiocitosis ganglionar masiva secundaria a metalosis: punteado negruzco correspondiente a polvo de metal. HE. 400x.

Figura 7. Histiocitosis ganglionar masiva secundaria a metalosis: tinción férrica de Perls. 400x.



El paciente es remitido a la Unidad de Anatomía Patológica para la realización de una PAAF. En los extendidos obtenidos, se aprecia una rica y heterogénea población linfoide en cuyo seno aparecen, a intervalos regulares, grupos irregulares de células grandes con amplios citoplasmas y núcleos discretamente excéntricos sin atipia, que fueron interpretados como histiocitos, probablemente sinusales (figura 2).

Con el diagnóstico citológico de ausencia de celularidad neoplásica, principal dilema diagnóstico, se decidió realizar la exéresis quirúrgica de dicho ganglio linfático, opción diagnóstica y terapéutica condicionada por el gran tamaño lesional.

Se recibió en la Unidad de Anatomía Patológica una lesión nodular ovalada de tonalidad pardusca, de 3,5 x 2,2 cm de dimensiones máximas, identificada como ganglio linfático con un prominente seno adiposo (figura 3). Tras realizar cortes seriados e incluir la totalidad de la lesión, se pudo constatar mediante estudio histológico la presencia de una rica población histiocitaria tanto sinusal como intersticial, que borraba parcialmente la arquitectura ganglionar, reducida a aislados y heterogéneos nódulos linfoides (figura 4). Mediante técnicas inmunohistoquímicas se comprobó la naturaleza histiocitaria de la población celular proliferante (CD68 +) (figura 5) y se descartó la posibilidad de que se tratase de una lesión epitelial metastásica (CK AE1/AE3 -). El análisis detallado de los histiocitos mostraba un aspecto sucio de los citoplasmas, concretado en un tosco punteado pardusco de aspecto "metálico" (figura 6). Con técnicas de Fe 2++ se puso en evidencia dicho punteado con mayor intensidad (figura 7). Tras preguntar por la presencia de una prótesis en la vecindad de la lesión, nos respondieron que el paciente era portador de una endoprótesis de hierro, cromo y titanio en la rodilla ipsilateral, en proceso de recambio.

Se emitió, pues, el diagnóstico de histiocitosis sinusal con metalosis secundaria a endoprótesis de rodilla. En cualquier caso, se aplicaron técnicas de PAS y ZN para descartar un proceso granulomatoso secundario a microorganismos; ambas resultaron negativas. Las células histiocitarias de los cortes histológicos fueron comparadas con las células epitelioideas de amplio citoplasma observadas en los extendidos citológicos y fue posible comprobar que se trababa de las mismas.

COMENTARIO

El presente caso ilustra una situación desafortunadamente bastante común en la práctica clínica, y con ello nos referimos a una anamnesis incompleta, al menos en lo que respecta a la información suministrada al patólogo. Éste se enfrenta asiduamente al estudio de muestras sin el auxilio de una información detallada, que no tiene por qué ser siempre de trascendencia, lo que lleva en ocasiones a obviar datos considerados superfluos, que parecen no guardar relación con el caso problema. Ésta es una situación que puede justificar la presentación de este caso al mismo tiempo que llamamos la atención sobre una entidad escasamente reflejada en la literatura, quizás por su escasa trascendencia terapéutica o pronóstica{1}.

Ante la apreciación de una adenopatía de gran tamaño, es siempre necesario realizar el pertinente estudio que nos ayude a clasificarla, en primer lugar como neoplásica o no neoplásica. Una vez descartada esta primera posibilidad, deberemos encaminar el estudio a filiar la etiología. Sólo al final del proceso deductivo, en el caso de que no se haya podido identificar una causa que justifique la clínica, podremos hablar de entidad idiopática.

En el caso que nos ocupa resultó evidente

comprobar la presencia de un gran número de histiocitos reemplazando, al menos parcialmente, la arquitectura nodal. En tales casos es obligatorio dirigir nuestros esfuerzos a descartar causas infecciosas, tales como micobacterias, hongos u otras bacterias (suele existir un infiltrado neutrofílico ausente en nuestro caso), para lo que nos valdremos de técnicas histoquímicas con el PAS o el ZN (Ziehl-Neelsen). La negatividad de las mismas nos hará pensar en enfermedades granulomatosas, tales como la sarcoidosis (con manifestaciones orgánicas y/o generales), o en la presencia de cuerpos extraños. El análisis a gran aumento demostró la presencia de pequeñas partículas pigmentadas en el seno del infiltrado histiocitario (confirmado con tinción inmunohistoquímica específica de histiocitos CD68), lo que sugirió la primera sospecha de que estuviéramos ante una reacción histiocitaria a un cuerpo extraño. Esto hizo recurrir de nuevo a la anamnesis, en la que por fin nos confirmaron la presencia de una prótesis de hierro, cromo y titanio{1-4} en el miembro ipsilateral, a punto de ser sustituida.

Los libros de patología suelen dedicar muy poca atención, en el caso de que dediquen alguna, a esta curiosa manifestación clínica de una metalosis. No obstante, estamos en disposición de afirmar que es muy conveniente tener en cuenta esta posibilidad ante adenopatías en pacientes con endoprótesis, dato que debe ser reflejado de modo sistemático no sólo en las historias clínicas sino en los informes de petición de Anatomía Patológica, lo que ayuda a un diagnóstico más lineal. La bibliografía reflejada en el presente artículo hace referencia a casos muy parecidos al que presentamos, y resalta la importancia del cromo{2-4} como agente etiológico.

Invitamos a los lectores a que observen las imágenes aportadas en tales casos y comprobarán que son superponibles a las aquí presentadas. Las imágenes obtenidas tras la realización de la punción-aspiración con aguja fina pueden crear dificultades interpretativas. En la mayoría de las ocasiones es suficiente el simple descarte de un proceso neoplásico para, a continuación, realizar los diagnósticos diferenciales sobre el material histológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, 9th edition. New York: Mosby 2004; vol 2, pág 1965.
2. Albores Saavedra V, Vuitch F, Delgado R, Wiley E, Hagler H. Sinus histiocitosis of pelvis lymph nodes alter hip replacement. A histiocytic proliferation induced by cobalt-chromium and titanium. *Am J Surg Pathol* 1994;18:83-90.
3. Munichor M, Cohen H, Volpin G, Kerner H, Lancut C. Chromium-induced lymph node histiocytic proliferation after hip replacement. A case report. *Acta Cytol* 2003;47:270-4.
4. Dudorkinová D, Povysil C. Histiocytic reaction in the lymph nodes after total joint endoprosthesis surgery. *Cesk Patol* 1997;33:53-6.