

Miofibroblastoma em paliçada, contribuição para literatura

Myofibroblastoma palisade, contribution to literature

Pedro Henrique Assis Carvalho¹, João Carlos Saldanha², Eliângela de Castro Côbo³

RESUMO

O miofibroblastoma intranodal em paliçada é rara neoplasia mesenquimal benigna dos linfonodos. A neoplasia é caracterizada pela moderada quantidade de células fusiformes sem atipias nucleares, fundo fibrilar e grânulos de hemossiderina dentro dos histiócitos. A oncogênese viral parece estar envolvida na etiologia desta lesão. Este relato apresenta duas biópsias com perfil microscópico e imunohistoquímico compatíveis com o diagnóstico morfológico de miofibroblastoma em paliçada intranodal.

Palavras-chave: Neoplasias de Tecido Muscular; Histiócitos; Linfonodos.

ABSTRACT

The intranodal myofibroblastomas palisade is a rare benign mesenchymal neoplasm of lymph nodes. The lesions are characterized by presenting spindle cells without nuclear atypia and moderate cellularity, fibrillar background and hemosiderin granules within the histiocytes. This entity has been associated with viral agents. This report describes two biopsies which showed microscopic and immunohistochemical profile consistent with the morphologic diagnosis of myofibroblastomas palisade intranodal.

Keywords: Neoplasms, Muscle Tissue; Histiocytes; Lymph Nodes.

¹ Centro de Prevenção e Diagnóstico Jataí - Preven, Laboratório de Anatomia Patológica - Preven. Jataí, GO - Brasil.

² Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Citologia e Patologia Cirúrgica. Uberaba, MG - Brasil.

³ Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG - Brasil.

Instituição:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG - Brasil.

* Autor Correspondente:

Pedro Henrique Assis Carvalho
E-mail: pedrohjapa@yahoo.com.br

Recebido em: 11/08/2015.

Aprovado em: 01/10/2015.

INTRODUÇÃO

O miofibroblastoma em paliçada intranodal (MPI), também conhecido como tumor de células fusiformes hemorrágico intranodal com fibras amiantoides, tem origem nas células musculares lisas diferenciadas e miofibroblastos dos vasos sanguíneos dos linfonodos. O seu nome foi adotado porque indica a histiogênese miofibroblástica, o arranjo das células fusiformes em paliçadas e sua ocorrência nos nódulos linfáticos.¹

Surge, em geral, nos linfonodos inguinais, mas há relato de sua ocorrência em outras áreas do organismo como linfonodos do mediastino e submandibulares.² As lesões são caracterizadas, histologicamente, por apresentarem células fusiformes sem atipias nucleares com moderada celularidade, fundo fibrilar e grânulos de hemossiderina dentro dos histiócitos. O estudo imunohistoquímico das chamadas fibras amiantoides indica que o seu centro é constituído por colágeno do tipo I, enquanto a periferia o é por colágeno tipo III, por isso, o seu centro é mais eosinofílico do que a periferia.²⁻⁴

Os tumores expressam, imunohistoquimicamente, actina de músculo liso e/ou actina músculo específico, com expressão anormal de Beta-catenina (β -catenina) e Ciclina D1 nucleares. A super-expressão de Ciclina D1 se desenvolve independente de qualquer alteração genética e influencia as células fusiformes como fator de crescimento.^{5,6} Têm sido identificadas mutações na ativação do gene da β -catenina, consideradas, provavelmente, o evento central na patogênese da miofibroblastoma intranodal em paliçada.⁷

Foi demonstrada, recentemente, a positividade para o marcador Podoplanina (D2-40) nas células fusiformes do miofibroblastoma em paliçada,⁸ o que poderia auxiliar no diagnóstico diferencial, pois, apesar de benigno, pode ser confundido morfológicamente com outros tumores como sarcoma de Kaposi, melanoma, schwannoma e leiomiossarcoma. O prognóstico do MPI é excelente e a excisão cirúrgica é o único tratamento necessário.^{9,10}

RELATO DE CASO

São apresentadas duas biópsias analisadas pelo Serviço da Patologia Cirúrgica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG.

BIÓPSIA 1

Trata-se de paciente feminino com histórico de carcinoma epidermoide invasivo do colo uterino. Em acompanhamento ambulatorial, relatou o surgimento e persistência de nódulo na face anteroposterior da coxa direita.

BIÓPSIA 2

Paciente de 86 anos de idade, feminino, com suspeita de doença linfoproliferativa crônica; apresentou um nódulo na região inguinal direita, que não aumentou de tamanho ao longo do tempo.

Ambas as pacientes foram encaminhadas para exérese dos nódulos, após os resultados das biópsias incisionais.

ACHADOS HISTOPATOLÓGICOS E IMUNOHISTOQUÍMICOS

Na macroscopia, ambos os nódulos eram ovais, elásticos, pardacentos e avermelhados, sendo que o nódulo da biópsia

1 media 3,5x2,2x1,9 centímetros (cm) e o da biópsia 2 media 3,5x3x2 cm e pesavam, cada um deles, aproximadamente 8 gramas. Aos cortes, notavam-se lesões heterogêneas com centros elásticos, periferia endurecida e cor cinza-amarelada.

Microscopicamente, os linfonodos das biópsias 1 e 2 eram compostos por células fusiformes delgadas dispostas em paralelo (paliçada) e por vezes entrecruzadas (Figura 1A), em meio a material eosinofílico denso (fibras amiantoides) (Figuras 1B e 1D). Observou-se ainda em meio às neoplasias pequena quantidade de linfócitos, abundantes globos de hemossiderina e ausência de figuras de mitose.

No método de imunohistoquímica, nota-se positividade para os seguintes marcadores imunohistoquímicos: Actina de músculo liso (Clone 1A4, 1:100, Genemed-USA) (Figura 1C), Actina Músculo específico (Clone HHF-35, 1:100, Genemed-USA) (Figura 1E), Colágeno IV (Clone CIV-22+PHM-13, 1:100, Zeta Corporation-USA), Desmina (Clone D33, 1:100, Genemed-USA), Ciclina D1 (Clone AM29, 1:100, Genemed-USA) e Vimentina (CloneV9, 1:100, Genemed-USA).

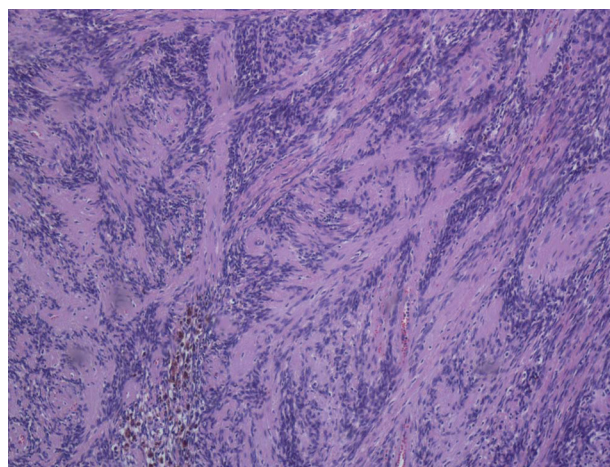


Figura 1A. Biópsia 1- Corte de linfonodo evidenciando nódulos formados por células fusiformes delgadas dispostas em paralelo (paliçadas) e por vezes entrecruzadas (100x, Hematoxilina e eosina-HE).

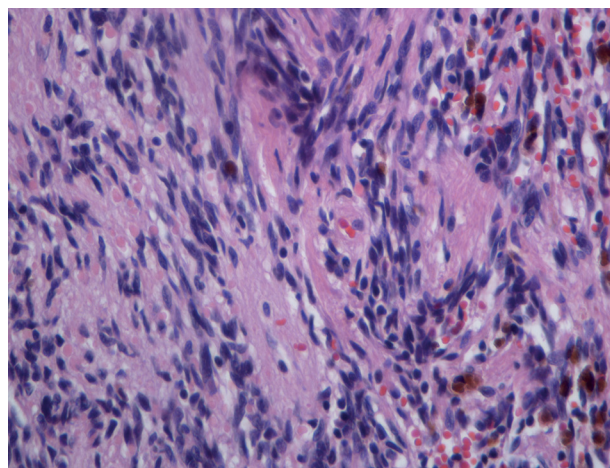


Figura 1B. Corte de linfonodo mostrando o material eosinofílico denso (fibras amiantoides) ao redor das células fusiformes, hemácias extravasadas no interstício (400x, HE).

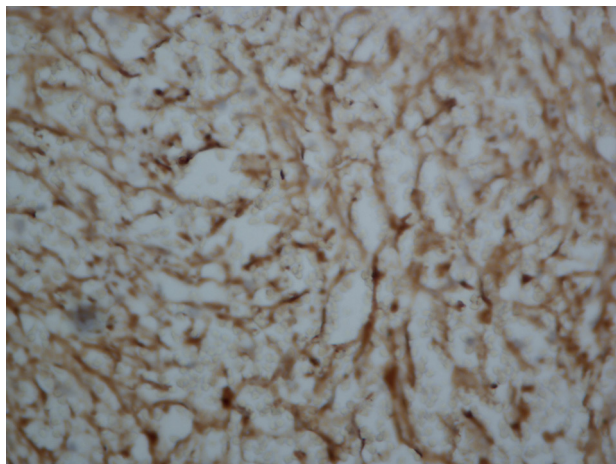


Figura 1C. Coloração positiva das células fusiformes para a actina de músculo liso (Imunohistoquímica- 400x).

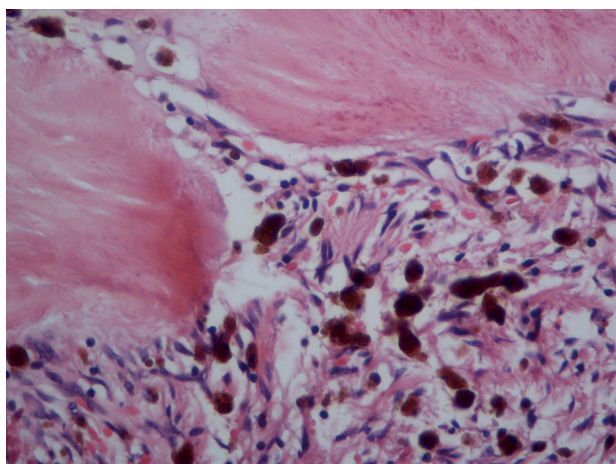


Figura 1D. Corte de linfonodo destacando as fibras amiantoides com formato estrelado, centro eosinofílico e periferia pálida (HE, 400x).

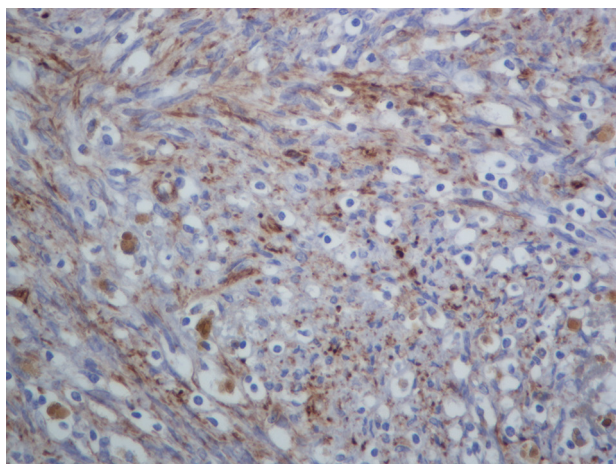


Figura 1E. Coloração positiva das células fusiformes para actina músculo específico (Imunohistoquímica-400x).

A associação entre os achados morfológicos e o perfil imunohistoquímico foi compatível com o diagnóstico de MPI.

DISCUSSÃO

A MPI é um tumor de crescimento lento e indolor e, em geral, é mais prevalente em homens entre 45 e 55 anos de idade.⁶ Esses dados diferem dos aqui apresentados, com acometimento feminino e em idades de 50 e 86 anos.

A MPI, embora seja neoplasia benigna, pode ser confundida com outros tumores e, nos relatos apresentados, uma das pacientes tinha suspeita de doença mieloproliferativa e a outra histórico de carcinoma.

Observou-se na microscopia que a neoplasia cresce de dentro para fora, comprimindo o parênquima do linfonodo contra a cápsula. Nesta interface é possível observar hemorragia intraparenquimatosa e formação de pseudocápsula de colágeno ao redor da lesão. O extravasamento de eritrócitos dentro das áreas intersticiais pode sugerir o diagnóstico diferencial com Sarcoma de Kaposi.

A hemorragia extensa e a proliferação de células fusiformes também estão presentes no hemangioendotelioma, o qual poderia ocorrer no linfonodo. Marcadores endoteliais como *Cluster of differentiation* (CD) 34, CD31 e Fator VIII poderiam ajudar na diferenciação, pois são positivos no hemangioendotelioma e negativos na MPI.² O MPI apresenta células fusiformes com abundantes áreas de paliçadas nucleares semelhantes ao padrão histológico Antoni A observado no schwannoma. O uso de marcadores neurais, tais como Proteína S-100 e Proteína Ácida Glial Fibrilar (GFAP) auxilia na elucidação, uma vez que eles são positivos nos schwannomas.² Portanto, o diagnóstico diferencial é extremamente importante e o painel imunohistoquímico auxilia na distinção entre as neoplasias citadas.

REFERÊNCIAS

1. Katz DR. Neurilemmoma with calcosiderotic nodules. *Isr J Med Sci.* 1974;10(9):1156-5.
2. Nguyen T, Eltorkey MA. Intranodal palisaded myofibroblastoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2007;131(2):306-10.
3. Weiss SW, Gnepp DR, Brathauer GL. Palisaded myofibroblastoma. A benign mesenchymal tumor of lymph node. *Am J Surg Pathol.* 1989;13(5):341-6.
4. Bhullar JS, Varshney N, Dubay L. Intranodal palisaded myofibroblastoma: a review of the literature. *Int J Surg Pathol.* 2013;21(4):337-41.
5. Kleist B, Poetsch M, Schmoll J. Intranodal palisaded myofibroblastoma with overexpression of cyclin D1. *Arch Pathol Lab Med.* 2003;127(8):1040-3.
6. Kandemir NO, Barut F, Ekinci T, Karagülle C, Ozdamar SO. Intranodal palisaded myofibroblastoma (intranodal hemorrhagic spindle cell tumor with amianthoid fibers): a case report and literature review. *Diagn Pathol.* 2010;5:12.

7. Laskin WB, Lasota JP, Fetsch JF, Felisiak-Golabek A, Wang ZF, Miettinen M. Intranodal palisaded myofibroblastoma: another mesenchymal neoplasm with CTNNB1 (β -catenin gene) mutations: clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 18 cases. *Am J Surg Pathol*. 2015;39(2):197-205.
8. Cimpean AM, Raica M. Intranodal hemorrhagic spindle cell tumor with amianthoid fibers - report of a case with emphasis to mast cell reaction and d2-40 expression. *In Vivo*. 2013;27(3):395-9.
9. Cosenza UM, Galati G, Zofrea P, Maggi S, Marasco A, Castelli M, *et al*. Clinical and biological features of an intranodal palisaded myofibroblastoma. *Anticancer Res*. 2006;26(3B):2349-52.
10. Koseoglu RD, Ozkan N, Filiz NO, Kayaoglu HA, Aydin M, Culha EN, *et al*. Intranodal palisaded myofibroblastoma; a case report and review of the literature. *Pathol Oncol Res*. 2009;15(2):297-300.