

## DISCUSIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

**Dr. Carme Mallofré.** La prueba diagnóstica fue una biopsia de una de las lesiones, llevada a cabo por Cirugía Vascular. La muestra recibida en el servicio de Anatomía Patológica estaba constituida por varios fragmentos tisulares irregulares correspondientes a tejido fibroadiposo y muscular estriado. Histológicamente destacaban los cambios de tipo reactivo en forma de fibrosis y rbdomiólisis que afectaban mayoritariamente a la muestra. Al estudiar con más detalle todas las secciones realizadas se observaron pequeños grupos celulares de hasta 0,5 cm de diámetro que se distribuían de forma irregular y multifocal. Se trataba de nódulos de contornos bien delimitados pero no encapsulados, desde cuya periferia, al ser estudiados a mayor aumento, se veían extensiones infiltrantes hacia el tejido adiposo adyacente en forma de formaciones vasculares de pequeño calibre (fig. 4). Asimismo en otros puntos se identificaba proliferación de estructuras vasculares tanto de pequeño como de mediano calibre, de carácter infiltrante, entre las células de tejido adiposo y las fibras musculares (fig. 5). Algunas de las estructuras vasculares de mayor tamaño tenían luces dilatadas y paredes engrosadas, configurando estructuras del tipo fistula arteriovenosa (fig. 6). Alrededor de los vasos destacaba un aumento de celularidad en distintas proporciones según el campo estudiado. Las células que conformaban los nidos más sólidos eran redondas, cohesivas, con bordes bien delimitados y núcleos redondeados u ovalados muy uniformes en cuanto a forma y tamaño, lo que daba a las lesiones un aspecto muy monomorfo. En estos nódulos más sólidos se observaba una fina red vascular que les confería cierto aspecto organoide (fig.7). El aumento de celularidad perivascular era a expensas de células con características muy similares, igualmente uniformes. En ningún punto se detectaron atipias o figures de mitosis.

Ante la disposición en forma de nidos se planteó la posibilidad de que se tratara de una neoplasia epitelial. Morfológicamente la regularidad de las células, el patron organoide y la falta de atipia citológica hacían necesario descartar una neoplasia endocrina. La negatividad para marcadores epiteliales tales como las citoqueratinas de amplio espectro AE1/AE3, así como de los marcadores específicos para células endocrinas como cromogranina y sinaptofisina, descartaron esta posibilidad diagnóstica. La positividad inmunohistoquímica para vimentina hizo plantear el diagnóstico diferencial entre los tumores mesenquimales. En su mayor parte los tumores mesenquimales están constituidos por células fusiformes y dehiscentes, por lo que se planteó el diagnóstico diferencial entre los tumores mesenquimales con patron epitelioide, en especial aquellos que se caracterizan por presentar un patrón de predominio vascular. Aun cuando las células en este caso no presentaban el aspecto más característico de los llamados tumores de células redondas, como son el tumor neuroectodérmico periférico/sarcoma de Ewing, los cuales suelen presentar menos citoplasma y núcleos también uniformes pero con una mayor atipia, se descartó esta entidad mediante tinción inmunohistoquímica de CD99, que fue negativa.