

Sarcoma de células foliculares dendríticas en ganglio linfático

A propósito del artículo de A. Iotti y col¹ nos parece útil comentar que el caso argentino citado en el trabajo² es el de un paciente de nuestro Hospital. Era un varón de 37 años que consultó por una adenopatía firme en la cadena carotídea derecha, sin síntomas sistémicos. Se resecó el ganglio en mayo de 1984. La biopsia fue enviada en consulta al Dr. J. Rosai, en ese entonces en la Universidad de Minnesota, quien hizo diagnóstico de tumor de células reticulares dendríticas. Ante la rareza de la entidad la familia consultó con varios patólogos cuyos diagnósticos fueron de linfoma o metástasis de carcinoma. En el *MD Anderson Hospital and Tumor Institute* (de la Universidad de Texas) el enfermo fue sometido a una evaluación sistemática que incluyó múltiples biopsias de lengua, amígdala, nasofaringe, un ganglio submentoniano y un ganglio inguinal, todos con resultados negativos. El azar quiso que el paciente siguiera nuestro consejo y no aceptara tratamiento alguno. Hoy, transcurridos 14 años, goza de buena salud y no ha tenido evidencias de reaparición de su enfermedad ganglionar.

Nos parece oportuna la publicación del artículo de Iotti y colab. porque contribuye a reconocer y diagnosticar la entidad, la que a pesar de cierta similitud morfológica con los linfomas, pareciera en algunos casos tener una evolución significativamente diferente.

Miguel J. Maxit, Alberto S. Sundblad
Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata

1. Iotti A, Elsner B, Avagnina A, Iotti R, Debonis D. Sarcoma de células foliculares dendríticas en ganglio linfático. *Medicina (Buenos Aires)* 1998; 58: 298-300.
2. Monda L, Warnke R, Rosai J. A primary lymph node malignancy with features suggestive of dendritic reticulum cell differentiation. A report of four cases. *Am J Pathol* 1986; 122: 562-72.

.....

Le escribimos con relación al artículo de Iotti y col.¹ debido a que recientemente hemos estudiado un caso similar. Se trata de un paciente de sexo masculino, de 47 años, asintomático, que consultó por la presencia de adenopatía axilar no dolorosa de 3 meses de evolución. Los resultados del hemograma se hallaron dentro de los valores normales. Las Rx y TAC de tórax y abdomen no mostraron imágenes patológicas. Se realizó resección quirúrgica del ganglio linfático. Macroscópicamente la

adenopatía axilar medía 4 x 2.5 cm. Al corte la superficie era blanquecina de consistencia elástica. Se efectuaron improntas del ganglio para el estudio citológico además de las habituales secciones para estudio histopatológico. Las improntas mostraron numerosos linfocitos pequeños y algunas células de núcleos elongados, cuyo aspecto recordaba fibroblastos. El estudio microscópico mostró la histoarquitectura parcialmente alterada por la presencia de áreas eosinófilas, constituidas por células fusiformes, de citoplasma pálido y núcleos elongados dispuestos en fascículos con ocasionales verticilos. Entre estas células se observaban linfocitos aislados interpuestos y dispuestos en forma de "manguitos" perivascuales; no se detectaron áreas de necrosis y el número de mitosis fue de 2 por campo de gran aumento. Se efectuaron técnicas inmunohistoquímicas sobre cortes incluidos en parafina para determinar el fenotipo celular. Se observó intensa marcación en las células tumorales con Vimentina, CD21 y EMA, positividad focal con CD68 y S-100, y negatividad con CD45, CD20, CD34 y actina. El paciente no presentaba antecedentes clínicos que pudieran relacionarse a su adenomegalia. Se efectuó también biopsia de médula ósea², la cual resultó normocelular. El breve plazo transcurrido no permite aún estimar la evolución.

Es interesante resaltar que el estudio citológico efectuado sobre la impronta del ganglio linfático no generó ni siquiera la sospecha del diagnóstico, lo que confirma una vez más la importancia de efectuar biopsias de las adenopatías. Las características morfológicas de estos tumores en el ganglio linfático son suficientemente distintas como para considerar este diagnóstico, no obstante las técnicas inmunohistoquímicas son fundamentales para su confirmación³. La localización extranodal ofrece mayor dificultad en la presunción diagnóstica⁴. Entre los diagnósticos diferenciales deben descartarse neoplasias hematológicas⁵ —hemos visto linfomas difusos de células grandes fusocelulares— y neoplasias no hematológicas, particularmente de partes blandas; carcinomas sarcomatoides, melanomas, timomas, meningiomas, tumores de células dendríticas interdigitantes, fibrohistiocitomas malignos, etc.^{3, 6}. La evolución de estos tumores fue originalmente considerada más semejante a la de los sarcomas de bajo grado de malignidad que a la de los linfomas, presentando recidivas locales y ocasionales metástasis³. Sin embargo, los resultados obtenidos en un análisis clínico-patológico reciente de Chan y col. sobre un total de 17 pacientes, sugieren un mayor potencial maligno de estos tumores

que el previamente reconocido, y proponen que deberían ser considerados como de grado intermedio de malignidad⁷. Dado el bajo número de casos documentados en la literatura internacional —alrededor de 50—, creemos de importancia comunicar cada uno de ellos para facilitar su identificación, reconocer las eventuales variantes histológicas e inmunofenotípicas, definir con mayor claridad los criterios diagnósticos y acrecentar el conocimiento de la conducta biológica de los mismos.

Anahí Vijnovich Baron, Norma Tartas, Jorge Korin,
Julio C. Sánchez Avalos

Consultorios de estudios hematológicos, Buenos Aires

1. Iotti A, Elsner B, Avagnina A, Iotti R, Debonis D. Sarcoma de células foliculares dendríticas en ganglio linfático. *Medicina (Buenos Aires)* 1998; 58: 298-300.
2. Meuge Moraw C, Delacretaz F, Baur A. Follicular dendritic cells in bone marrow lymphoproliferative diseases: an immunohistochemical study including a new paraffin-resistant monoclonal antibody, DR53. *Histopathology* 1996; 28: 341-7.
3. Pérez Ordóñez B, Erlandson R, Rosai J. Follicular dendritic cell tumor. Report of 13 additional cases of a distinctive entity. *AM J Surg Pathol* 1996; 20: 944-55.
4. Hollowood K, Stamp G, Zouvani Y, Fletcher CD. Extranodal follicular dendritic cell sarcoma of the gastrointestinal tract. *Am J Clin Pathol* 1995; 103: 90-7.
5. Fonseca R, Tefferi A, Strickler J. Follicular dendritic cell sarcoma mimicking diffuse large cell lymphoma: a case report. *Am J Hematol.* 1997; 55: 148-55.
6. Monda L, Warnke R, Rosai J. A primary lymph node malignancy with features suggestive of dendritic reticulum cell differentiation. A report of four cases. *Am J Pathol* 1986; 122: 562-72.
7. Chan JK, Fletcher CD, Nayler SJ, Cooper K. Follicular dendritic cell sarcoma. Clinicopathologic analysis of 17 cases suggesting a malignant potential higher than currently recognized. *Cancer* 1997; 79: 294-313.

Agradecemos el interés y la carta de la Dra. Vijnovich Baron y col. en referencia a nuestro trabajo "Sarcoma de células foliculares dendríticas en ganglio linfático".

Coincidimos con ellos en la importancia de la comunicación de casos de este raro tumor que permite facilitar su diagnóstico, conocer mejor su historia natural y establecer tratamientos basados en la evolución de un mayor número de observaciones.

Si bien la morfología convencional puede hacer sospechar que se trata de esta entidad queremos enfatizar que las inmunotinciones son imprescindibles para llegar a un diagnóstico preciso y más aún para diferenciarlo de las restantes proliferaciones de las células reticulares del ganglio linfático. En nuestro caso, la positividad con CD21, CD35 y R4/23 fueron de ayuda. Al efectuarlas hay que tener en cuenta que las marcaciones con CD21 y CD35 necesitan de una tripsinización previa ya que no dan buenos resultados usando la recuperación antigénica por calor y lo opuesto ocurre con el anticuerpo R4/23.

Recientemente se han publicado dos extensas revisiones sobre el tema^{1,2}. En la primera se analizan los 47 casos publicados hasta la actualidad definiendo los criterios histopatológicos para el diagnóstico y resaltando su asociación con la enfermedad de Castleman y con el virus de Epstein-Barr. También se considera a la localización intraabdominal como el factor pronóstico más desfavorable¹.

En la segunda revisión, Andriko y col. analizan todo el espectro de neoplasias derivadas de las células reticulares de los ganglios linfáticos incluyendo los sarcomas de células foliculares dendríticas, los tumores de células dendríticas interdigitantes y los pocos conocidos tumores de células reticulares fibroblásticas². Los marcadores para el primero de los tumores son los ya mencionados CD21, CD35, R4/23 además de vimentina y CD68. Los tumores de células dendríticas interdigitantes son positivos para proteína S-100, CD68 y Cd1a y finalmente los tumores de células reticulares fibroblásticas son positivos para vimentina, desmina y actina muscular lisa².

Alejandro Iotti, Boris Elsner, Alejandra Avagnina,
Roberto Iotti, Daniel Debonis
Servicio de Patología, CEMIC;
Sanatorio de la Trinidad, Buenos Aires

1. Chan JKC. Proliferative lesions of follicular dendritic cells: an overview, including a detailed account of follicular dendritic cell sarcoma, a neoplasm with many faces and uncommon etiologic associations. *Adv Anat Pathol* 1997; 4: 387-411.
2. Andriko JW, Kaldjian EP, Tsokos M, Abbondanzo SL, Jaffe ES. Reticulum cell neoplasms of lymph nodes. A clinicopathologic study of 11 cases with recognition of a new subtype derived from fibroblastic reticular cells. *Am J Surg Pathol* 1998; 22: 1048-58.