

FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO EN UN FELINO CASO CLINICO, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN POSQUIRURGICA

Bimonte D. (*); Tricaa. G. (**); Vila. R. (***) ; Zipitria R. (****).

SUMARIO

Se describe un caso clínico-quirúrgico de fibrohistiocitoma, maligno de condición recidivante, en un felino cruzado de nueve años de edad. Se evaluó el mismo desde los puntos de vistas clínico, radiológico, citológico e histopatológico, encontrándose una respuesta de recidiva al tratamiento quirúrgico.

En la revisión bibliográfica, no se describe tratamientos específicos para éste tumor, dejándose entrever que dichos tumores tienen o bien una aparición escasa o son clasificados en otros grupos histopatológicos.

INTRODUCCION

Se comunica un caso diagnóstico de fibrohistiocitoma maligno en un

felino y su evolución posquirúrgica. Esta comunicación se considera de importancia teniendo en cuenta que a nivel de la bibliografía consultada, tanto a nivel nacional como internacional, son muy pocos los tumores de esta extirpe que se registran como tales en el felino, por lo cual según los autores consultados, y debido a ésta baja frecuencia de aparición, no se ha podido establecer aún un patrón de localización en el organismo animal.

HISTORIA CLINICA

El 18/2/95 se presenta a consulta un felino macho orquiectomizado de 9 años de edad cruzado, el cual presentaba un tumoración subcutáneo en la región ventro-lateral derecha del cuello de dos meses de evolución, de forma oval, 5cm x 3,5 cm, (ver cuadro y fotografías). La consistencia de la misma era dura, no pétreo, relativamente desplazada y con una cierta fijación a la piel en su porción más prominente.

No se encontraron hallazgos a nivel clínico que pudieran significar compromisos en otro lugar del organismo a excepción del área afectada, la cual y debido a esa falta de movilidad de la piel sobre el tumor, hizo pensar en un proceso infiltrativo local.

Desde el punto de vista vital, el felino no presenta alteraciones en su calidad de vida, excepto una ligera claudicación en el miembro afectado,



Foto 1 - Aspecto al examen clínico pre-operatorio.

(*) Técnica Operatoria, facultad de Veterinaria Alberto Lasplaces 1550 - Tel.: 62 64 11/12/18, Int. 215

(**) Clínica de Pequeños Animales, Facultad de Veterinaria Alberto Lasplace 1550 - 62 64 11/12/18, Int. 210 (***) Ejercicio liberal. Solano García 2611 - Tel.: 71 33 49

que se trataba de estructura constituida por tejidos blandos. La exploración con aguja fina reveló diferencias de espesor en su pared mas gruesa en su cara profunda y mas fina en su porción superficial) con una cavidad secretante inmediatamente por debajo de piel.

Citológicamente se obtuvo información de que se trataba de una neoformación maligna de origen conjuntivo, por lo cual se recomendó la realización de la cirugía.

El 3/3/95 se interviene al paciente, el cual fue sedado con 0,4 cc de Acepromacina y anestesiado con 2,0cc de Clorhidrato de ketamina, ambas administradas por via intramuscular.

Se practicó una excéresis amplia que implicó la extirpación de dos bandas de piel a cada lado de la incisión y precisamente en el área que se previó un grado de infiltración. Se encontró en el área inmediatamente por encima de la articulación escapulo-humeral derecha una adherencia realizándose sobre la misma una resección mas cuidadosa con el objetivo de eliminar la mayor cantidad de tejido supuestamente afectado. Durante la cirugía y al igual que en el desarrollo de los exámenes clínicos no se encontró un compromiso ganglionar linfático. La spinteis de piel y subcutáneo se realizó con material de sutura reabsorbible del tipo del Acido lacto-polglicólico.

Un mes después, recidivó, apareciendo dos tumoraciones del tamaño de un garbanzo cada una, localizadas una sobre la cicatriz (no relacionadas con el material de sutura) y otra próxima a la articulación escapulo-humeral.

Coincidentes estas recidivas con las zonas de adherencias registradas anteriormente. Se práctico una nueva intervención, realizando una excéresis aún mas amplia, utilizando una diéresis combinada en «tajada de melón» en piel que incluyera a la que cubría a los dos tumores y una resección par-

cial de los músculos del cuello y proximales de el miembro anterior derecho, a nivel escapulo-humeral.

Aun mes de ésta segunda intervención, se detectó una recidiva en la cicatriz. Se decidió no someter nuevamente al paciente a una anestesia en tan corto tiempo, derivando para mas adelante el procedimiento quirúrgico.

Se suministraron inmunomoduladores (levamisol) a las dosis y esquemas corriente, luego de la intervención, no impidiendo ni enlenteciendo el desarrollo de las recidivas.

No se registraron alteraciones en el comportamiento del paciente tales como pérdidas importantes de peso, emaciación, caquexia como así tampoco limitaciones importantes del movimiento, a pesar del volumen de la masa muscular que debió ser disecada.

El diagnóstico diferencial, incluyó la citada biopsia por punción, la cual se coloreó con Giemsa, arrojando el siguiente resultado: masa neoplásica secretante-quística de tejido conjuntivo con aspecto cartilaginoso, presumiéndose un condrosarcoma de moderada malignidad.

Con la pieza obtenida en la primera intervención, realizaron cortes histológicos y se tiñeron con hematoxilina y eosina, confirmando la presencia de un crecimiento formado por células fibroblásticas entremezcladas con histiocitos de pleomorfismo moderado, observándose además mitosis aisladas infiltrado de células mus-

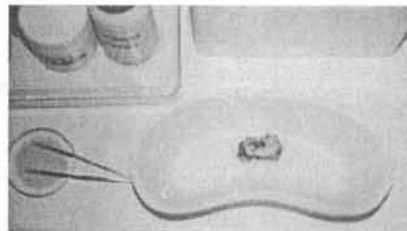


Foto 2 - Aspecto de la morfología en un corte sagital, luego de su extracción y fijación con Formol 10%.

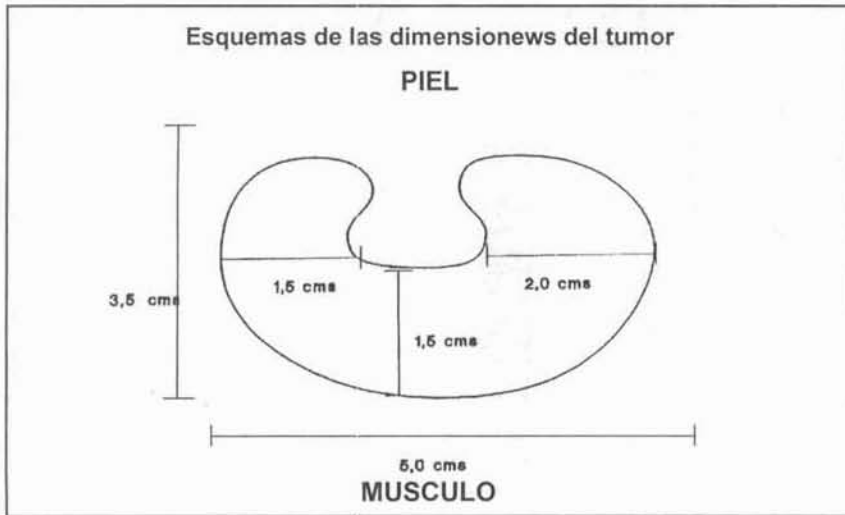
culares, diagnosticándose un FIBROHISTIOCITOMIA con tendencia a la recidiva.

Se repitió el procedimiento con las biopsias obtenidas de la segunda operación, arrojando idéntico resultado, confirmando lo dictaminado para el primer estudio histopatológico.

DISCUSIÓN

El fibrohistiocitoma maligno es una neoformación de tejidos blandos de presentación tanto en humanos como en animales, el que tiene características histológicas de mezcla de fibroblastos e histocitos. Otras denominaciones por que se le conoce son:

Tumor de células gigantes extraesquelético, tumor de células gigantes de partes blandas y dermatofibrosarcoma (8). En medicina humana tiene una frecuencia de aparición mayor que la registrada en animales en particular en cánidos y félidos (1, 4, 5, 6, 8, 9). Se ha discutido el origen del tumor, proponiéndose varias teorías, unas de origen histiocitico, otras fibroblásticos y por último que su origen sería a partir de células de origen mesenquimal, las que a su vez se diferenciarían en fibroblastos e histocitos. En estudios histoquímicos, se encuentra que aparentemente no sería un tumor originariamente histiocitico y en hallazgos inmuno-histológicos parecen indicar que estos tumores son iniciados desde un tipo de célula primitiva o bien pueden ser el resultado final de un proceso de diferenciación de varios tipos diferentes de sarcomas (9). Histológicamente, estos tumores consisten en un conjunto de células formado por células gigantes multinucleadas, histocitos mononucleares y fibroblastos, los que con frecuencia crecen en forma multinodular. Por otro lado, en el hombre se ha establecido



que los tumores de éste tipo alojados en el subcutáneo y las fascias superficiales), son de crecimiento lento y con baja tendencia a la metástasis, mientras que los encontramos en profundidad involucrando masa musculares esqueléticas son altamente malignos. Tomando estas premisas de la medicina humana, se ha extrapolado que los tumores provenientes de las vainas tendinosas musculares, son considerados de bajo crecimiento y sin tendencia a la metástasis (1), lo cual coincide con lo narrado por los autores en el caso que nos interesa, tanto desde el punto de vista histopatológico como desde el punto de vista clínico. Las características de recidiva local han sido descritas por los autores y confirmadas en la bibliografía (1, 8). Las posibilidades de tratamiento son muy limitadas, ellas se resumen en cirugía radical y la amputación, mientras que el rol de la quimioterapia adjuvante, no está clara, hasta el momento (2, 3, 8), lo que tal vez explique la baja performance del inmunomodulador prescrito al paciente. El caso que nos ocupa, se encuentra dentro de los rangos etarios descritos en la bibliografía (6). Respecto a la relativa poca frecuencia que presentan en felinos, a la

dificultad en la determinación de su origen histológico y a la posibilidad de que sean clasificados en otros grupos histológicos, hacen de que no se cuenten con elementos suficientes como para confeccionar una estadística de utilidad clínica (6). El hallazgo se encuadra dentro de las estadísticas a nivel nacional para los tumores felinos (7) ■

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Eugenio Perdomo y a la Dra. Deborah César de Patología de la Facultad de Veterinaria R.O.U. por su aporte en el diagnóstico histopatológico, a la Lic. Alicia Fernandez y a la T/B Rosina Vilaró del Departamento de Documentación y Biblioteca de la Facultad de Veterinaria R.O.U. por la colaboración prestada en la recopilación bibliográfica y a la Br. Andrea Moll por la supervisión de la traducción al inglés del sumario.

BIBLIOGRAFIA

1. Alexander, J.; W. Riis, R. C.; Dueland, R.; (1975). Extraskeletal Giant Cell Tumor in a cat. *Vet. Med. Small An. Clin.* 1161-1164.
2. Bradley, R. L.; MacEwen, E. G.; Loar, A. S. (1984). Mandibular resection for removal of oral tumors in 30 dogs and 6 cats. *Javma*, 184 (4): 460-463.
3. Confer, A. W.; Langloss, J. M.; Cashell, I. G. (1978). Long-Term Survival of two

- cats with mastocytosis. *Javma*, 172 (2): 160-161.
4. Crow, S. E.; Walshaw, R.; Ford, R. (1984). *Skin tumors in dogs and cats. Dermatology Reports*, 3 (1): 6-7.
5. De Stefani, E. et al (19977) Sarcomas de partes blandas en el perro. *Anales de la Facultad de Veterinaria R.O.U.* XVI (1):47-52.
6. Holzworth, K. *Diseases of the cat - Medicine and Surgery Vol. I*, 1987. Ed. Saunders Co, Philadelphia, 971 páginas.
7. Mattos, J. *Tumores en felinos Perros & Gatos*, (1994) año Nro. 17, pág. 24
8. Moriello, K. A.; Rosenthal, R. (1990) *Clinical approach to tumors of the skin and subcutaneous tissues. Vet. Clin. of North Amer.* 20 (4): 1163-1190.
9. Pace, L. W. et al. *Immunohistochemical staining of feline malignant fibrohistiocytoma. (1994) Vet. Pathol.* 31:168-172.
10. Silva-Krott, I.U.; Tucker, R. L.; Meeks, J. C. (1993). *Sinovial sarcoma in cat. Javma*, 203 (10): 1430-1431.

SUMARY

We describe a clinical-surgical case of malignant fibrous Histiocytoma with recidival condition, appered in a mixed-breed 9-year old cat.

In a clinical. and histopathologic study, we found a recidival responde to chirurgical and medical tretments.

There is no especific treatment described for this type of tumors, in the literature.

This tumor had a relative low frecueny of presentation and it can be clasified in others hystopathological groups.



**LA PROFESION
EN LOS SELLOS
DEL URUGUAY**