

Quemodectoma: Carcinoma del cuerpo aórtico en un canino

Bagattin L¹, Bando J¹, Miranda L¹, Wagner L¹, Giacchino G², Sanchez Cordoba I¹, Hunziker B¹, Sánchez A^{1,2}, Marini MR^{1,2}

1-Cátedra de Patología Veterinaria. 2- Laboratorio de Anatomía Patológica. Facultad de Ciencias Veterinarias (FCV)-Universidad Nacional del Litoral (UNL). luciabagattin47@hotmail.com

Los quemodectomas o paragangliomas son neoplasias de células quimiorreceptoras derivadas del neuroectodermo. Pueden originarse en tejidos en los que estas células se encuentran normalmente, como el cuerpo carotídeo, cuerpo aórtico, ganglio nodoso del nervio vago, ganglio ciliar en la órbita, páncreas, cuerpos en la vena yugular interna debajo del oído medio y glomus yugular a lo largo de la rama recurrente del nervio glossofaríngeo. Generalmente son benignos; en menor grado se encuentran carcinomas. En los animales domésticos son más frecuentes en los caninos, pero suelen verse también en felinos, bovinos y aves¹. Las razas braquicefálicas como Boxer y Bulldog muestran predisposición, una de las posibles causas es la hipoxia crónica, y los más habituales son los que ocurren en el cuerpo aórtico². Es una neoplasia no funcional, la signología clínica característica deriva de la ubicación anatómica. Las neoplasias de la base del corazón actúan como masas ocupantes aumentando la presión de la vena cava y la aurícula o ejercen compresión de estructuras cardiacas y producen signos de insuficiencia cardiaca. Puede originar disnea, tos, vómitos, cianosis, hidrotórax, hidropericardio, ascitis, edema subcutáneo en áreas declives y congestión pasiva del hígado³. Otras neoplasias encontradas en esta ubicación son hemangiosarcomas, carcinomas tiroideos ectópicos, timomas, mesoteliomas, linfomas, etc^{1,2}. El objetivo de este trabajo es describir la presentación de un carcinoma del cuerpo aórtico en un canino, al que se le practicó la necropsia luego de un período de meses de enfermedad clínica. Se trataba de una hembra mestiza castrada, de nombre "Tolomea", de aproximadamente 30 kg de peso y 8 años de edad, que presentaba tos, atrofia muscular, ascitis y letargia. Mediante examen ultrasonográfico se realizó el diagnóstico de cardiomiopatía dilatada, aunque el tamaño del animal y la presencia de considerable tejido adiposo dificultaron el análisis y la visualización de mayores detalles diagnósticos. Se realizó tratamiento sintomático medicamentoso y drenajes del líquido colectado en cavidad abdominal por 3 meses hasta que tuvo una descompensación y murió. En la Sala de Necropsias de la FCV-UNL se realizó la necropsia completa del cadáver. Se tomaron muestras de diversos tejidos que fueron fijadas en formol bufferado al 10%, y enviadas para su estudio al Laboratorio de Anatomía Patológica de la FCV-UNL, donde se procesaron siguiendo la técnica histológica clásica para bloques parafinados, cortados en 4 μ , y coloreados con Hematoxilina y Eosina. Durante la necropsia, se observó cardiomegalia con dilatación del ventrículo y aurícula derecha. A la apertura del corazón se encontró una masa multinodular que ocupaba la aurícula derecha y la vena cava, de color rojo que se hacía más blanca, firme y sólida hacia la base del corazón y que al corte presentaba áreas de hemorragias y necrosis. Los linfonodos mediastínicos mostraron múltiples nódulos blanquecinos; uno además presentaba una lesión abscedativa agregada. Asimismo se observó ascitis severa con presencia de hebras de fibrina, hepatomegalia con patrón de necrosis centrolobulillar, congestión y dilatación de vasos subcapsulares y perihepatitis, El bazo mostró esplenomegalia y se observaron además masas múltiples en omento de color negro, de 0,5 a 1 cm de diámetro. Otras lesiones encontradas fueron atrofia de masas musculares, mucosas anémicas y cianóticas, congestión de vasos venosos del tejido conectivo subcutáneo, hidrotórax

ligero y gastritis ulcerativa. Las lesiones microscópicas encontradas en la masa neoplásica fueron proliferación infiltrativa multilobular, densamente celular, compuesta de células poligonales dispuestas en nidos y paquetes sostenidos por un borde delgado de células sustentaculares en un estroma fibrovascular fino, con lóbulos separados por bandas densas de tejido conectivo. Las células neoplásicas mostraron bordes definidos, una cantidad moderada de citoplasma granular eosinofílico pálido con vacuolas, y núcleos redondos con cromatina punteada. Se observaron escasas mitosis, y algunas áreas de hemorragia, necrosis y hemosiderosis. En los vasos sanguíneos y linfáticos del estroma se observaron émbolos neoplásicos. Los linfonodos mediastínicos mostraron infiltrado de células neoplásicas en senos, edema y hemosiderosis. Un linfonodo mostró linfadenitis crónica abscedativa agregada. El hígado presentaba congestión de la vena centrolobulillar, con necrosis de hepatocitos de la zona y espacios portales con aumento del tejido conectivo. Los riñones mostraron glomerulitis membranosa con acúmulos de proteínas en espacio de Bowman, cambios degenerativos y necrosis en túbulos, múltiples focos pequeños de infiltrado linfoplasmocitario y proliferación de fibroblastos en la médula. Las fibras miocárdicas mostraron atrofia marcada, con congestión venosa y edema. El bazo evidenció congestión y hemosiderosis en la pulpa roja, con atrofia de la pulpa blanca. Las masas del omento se correspondían con tejido neoplásico con grandes áreas de hemorragia, hemosiderosis y cuerpos de Gamna Gandy. La apariencia macroscópica de la neoplasia, su localización, las características microscópicas de las células observadas en el examen histopatológico y la presencia de las mismas formando masas secundarias en otras localizaciones permitieron realizar el diagnóstico de carcinoma del cuerpo aórtico, metastásico. En el caso de este paciente, la masa ocupante de la base del corazón produjo el cuadro clínico y las lesiones macro y microscópicas descritas como consecuencia de la insuficiencia cardíaca provocada. En perros, este cuadro se produce muy frecuentemente por alteraciones del miocardio o de las válvulas cardíacas¹. Las neoplasias de la base del corazón, entre las que se encuentra el quemodectoma, deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de este síndrome². Se concluye la importancia de la realización de la necropsia en casos de muerte de animales con cuadros clínicos con diagnóstico sindrómico sin diagnóstico etiológico, para acrecentar el conocimiento de la casuística clínica y las patologías que se presentan en los animales de compañía. La realización de esta necropsia completa permitió al equipo de trabajo comprender la variedad de signos clínicos presentes en la paciente y las lesiones generalizadas que fueron observadas en distintos sistemas orgánicos.

Bibliografía

- 1- Jubb, Kennedy and Palmer`s. (2016). Pathology of domestic animals. Volume 3. Sixth edition. Elsevier. 3251 Riverpot Lane St, Louis, Missouri 63043.
- 2- Meuten DJ. (2016). Tumors in Domestic Animals. WileyBlackwell. John Wiley & Sons, Inc. Iowa, USA. p. 453-454.
- 3- Zachary J.S. (2017). Pathologic Basis of Veterinary Disease Sixth Edition. Elsevier. 3251 Riverpot Lane St, Louis, Missouri 63043.