

Notas cortas

Mixoma intramuscular: hallazgos citológicos en material obtenido por punción aspiración con aguja fina

J. Ortiz, M.M. Abad, C. García-Macías y A. Bullón

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico de Salamanca.

Presentamos un caso de mixoma intramuscular localizado en la región glútea, puncionado en nuestro servicio y cuyo diagnóstico fue posteriormente confirmado mediante estudio histológico de la pieza quirúrgica. Los hallazgos de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) demostraron la existencia de un tumor estromal mixoide, de escasa celularidad y sin atipias significativas, que debe diferenciarse de otras neoplasias de fondo igualmente mixoide cuya conducta biológica, sin embargo, es muy diferente.

El mixoma intramuscular es un raro tumor que debe diferenciarse de otras entidades, con las cuales es necesario establecer un diagnóstico diferencial. Esta diferenciación puede ser aún más difícil si el material estudiado procede de una PAAF, como es el caso que describimos a continuación. Se observó en una mujer de 65 años, sin antecedentes de interés, a quien se puncionó una masa firme de 6 cm de diámetro, situada en la región glútea derecha, de 8 meses de evolución, sin afectación radiológica del plano óseo subyacente. El material obtenido, de aspecto gelatinoso, una vez fijado en alcohol de 96° y teñido por el método de Papanicolaou, mostró al examen microscópico un fondo intensamente mixoide con ocasionales células, pequeñas y fusiformes, de núcleo hiper cromático y escaso citoplasma, carentes de atipias significativas (Fig. 1).

La pieza quirúrgica evidenció una lesión grisácea bien delimitada, de aspecto viscoso y rodeada de tejido muscular. El examen histológico, de preparaciones teñidas con hematoxilina-eosina, mostró el típico aspecto del mixoma intramuscular, es decir, un tumor laxo, con abundante material mixoide y escasa celularidad de una apariencia análoga a la descrita en la punción (Fig. 2).

El mixoma es un tumor estromal, de histogénesis incierta, que puede observarse en muy diversas regiones anatómicas, reconociéndose una variante intramuscular que afecta con mayor frecuencia a las extremidades superiores (hombro y brazo), a los muslos o, como en nuestro caso, a los músculos glúteos (1). Si bien suele presentarse como un tumor solita-

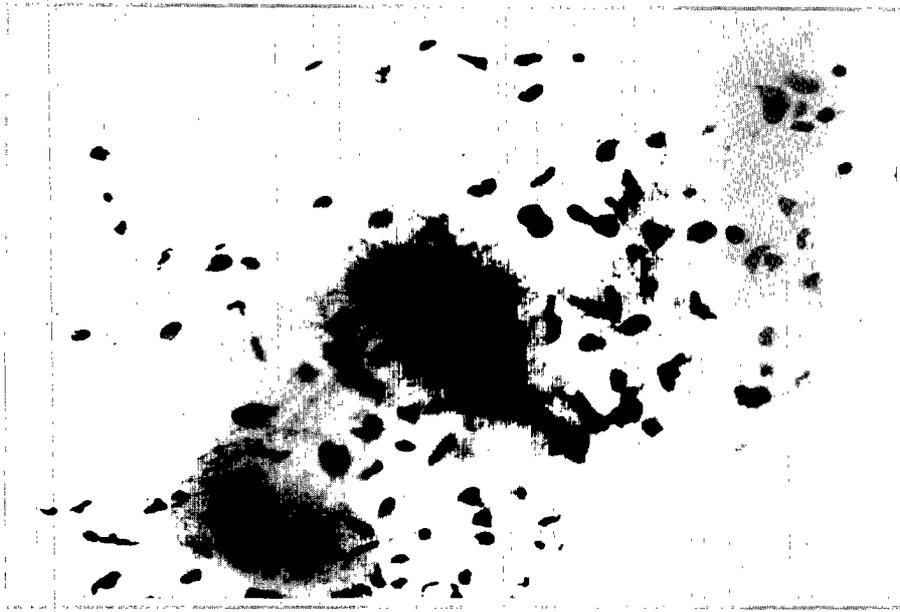


Figura 1. Imagen por PAAF de un mixoma intramuscular. En un fondo mixoide se observan escasas células de aspecto benigno (original, Papanicolaou $\times 400$).

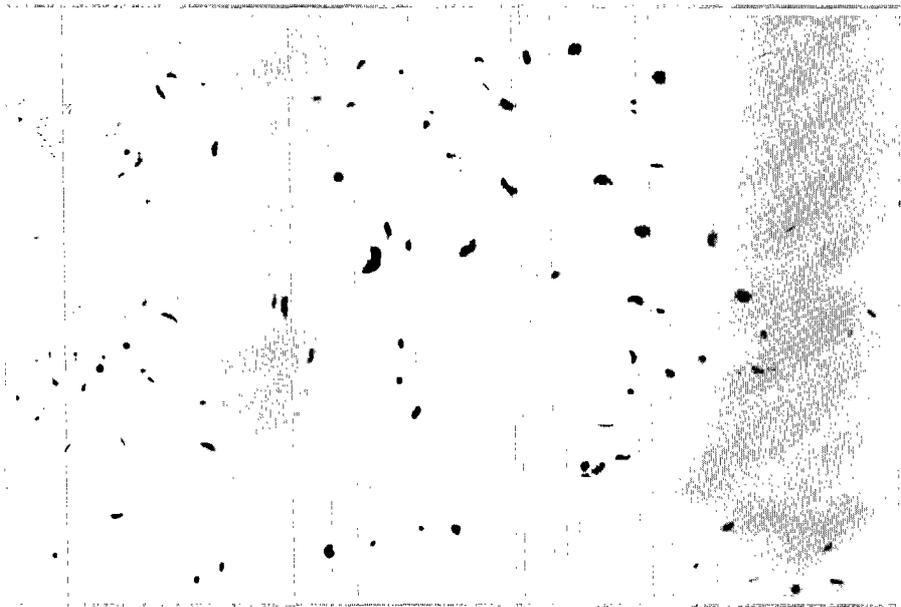


Figura 2. Imagen histológica de un mixoma intramuscular que muestra restos de tejido muscular estriado entremezclados con el tejido mixoide (original, hematoxilina-eosina $\times 250$).

rio, existen casos de mixomas múltiples, a veces asociados a otras entidades, que forman interesantes cuadros clinicopatológicos. Así, los mixomas intramusculares múltiples suelen asociarse a displasia fibrosa ósea (2), que acompañada de cambios endocrinos (pubertad precoz) y manchas pigmentadas cutáneas da lugar al síndrome de Albright (3). A su vez, los mixomas múltiples cutáneos y cardíacos pueden encuadrarse en el complejo de Carney, donde se pueden asociar a otras neoplasias (por ejemplo, los fibroadenomas mixoides multicéntricos de mama, la hiperplasia nodular pigmentada suprarrenal o los tumores calcificantes de células de Sertoli de testículo) (4, 5).

En cuanto a su aspecto citológico, el mixoma intramuscular, al igual que el descrito en otras regiones, se caracteriza por su fondo mixoide y su escasa y benigna celularidad (6-9). No obstante, debe diferenciarse de otras entidades, también de aspecto mixoide, bien de carácter benigno (fascitis nodular, neurotecoma) o bien tumores malignos (liposarcoma, fibrohistiocitoma, condrosarcoma mixoide), así como de las metástasis intramusculares de adenocarcinomas mucinosos. En estos casos, los antecedentes clínicos del paciente y la morfología de la lesión (ausencia de elementos inflamatorios, lipoblastos o diferenciación condroide, baja densidad celular y ausencia de atipias citológicas) pueden sugerirnos un diagnóstico correcto.

En nuestro ejemplo, presentamos un mixoma intramuscular de localización típica cuyo diagnóstico, sugerido en la PAAF, fue confirmado posteriormente mediante el estudio histológico de la pieza quirúrgica. Tras un periodo de seguimiento de 3 años, ha mostrado un comportamiento benigno (como era de esperar), y la paciente se halla en un buen estado general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enzinger, F.M., Weiss, S.W. *Intramuscular myxoma. Benign soft tissue tumors of uncertain type*. En: Enzinger, F.M., Weiss, S.W. (Eds.). *Soft tissue tumors*. Mosby, St. Louis 1995; 1045-1051.
2. Wirth, W.A., Leavitt, D., Enzinger, F.M. *Multiple intramuscular myxomas. Another extraskelatal manifestation of fibrous dysplasia*. *Cancer* 1971; 27: 1167-1173.
3. Logel, R.J. *Recurrent intramuscular myxoma associated with Albright's syndrome: Case report and review of the literature*. *J Bone Joint Surg* 1976; 58: 565-570.
4. Corney, J.A., Gordon, H., Carpenter, P.C. y cols. *The complex of myxomas, spotty pigmentation and endocrine overactivity*. *Medicine* 1985; 64: 270-283.
5. Corney, J.A. *The Corney complex (myxomas, spotty pigmentation, endocrine overactivity and schwannomas)*. *Dermatol Clin* 1995; 13(1): 19-26.
6. González Cámpora, R., Otal Salaverri, C., Hevia Vázquez, A. y cols. *Fine needle aspiration of the soft tissues*. *Acta Cytol* 1990; 34(2): 179-191.
7. Mockli, G.C., Ljung, B.M., Goldman, R.L. *Fine needle aspiration of intramuscular myxoma of the tongue. A case report*. *Acta Cytol* 1993; 37(2): 226-228.
8. Caraway, N.P., Staerckel, G.A., Fonning, C.V. y cols. *Diagnosing intramuscular myxoma by fine needle aspiration: A multidisciplinary approach*. *Diag Cytopathol* 1994; 11(3): 255-261.
9. Layfield, L.J., Dodd, L.G. *Fine needle aspiration of a primary right atrial myxoma*. *Diag Cytopathol* 1996; 14(2):162.