

# Tumore adenomatoide

## Adenomatoid Tumor

F. RAPPA, M.P. TERNULLO

Istituto di Anatomia ed Istologia Patologica, Policlinico "P. Giaccone", Università di Palermo

**Parole chiave**  
Tumore adenomatoide • Leiomioma • Tubulare • Angiomatoide

**Key words**  
Adenomatoid tumour • Leiomyoma • Tubular • Angiomatoid

### Riassunto

Il tumore adenomatoide è una neoplasia dall'origine discussa, ma i quadri immunofenotipici propendono per una derivazione dal mesotelio. La sede di insorgenza è solitamente l'apparato genitale di entrambi i sessi, ma sono descritti casi in sedi extragenitali. Istologicamente si presenta con un pattern di crescita variabile dalla formazione di tubuli alla crescita solida o con aree cistiche. In questo articolo viene descritto un caso di tumore adenomatoide in una paziente di 46 anni, localizzato nel corpo uterino.

### Summary

*Adenomatoid tumour is a neoplastic process of discussed origin, but the immunohistochemical phenotype leads a mesothelial derivation. The preferential site of origin is the genital apparatus of both sexes, however extragenital cases have been described. The histological pattern varies from tubular formation, to solid growth, to cystic areas. In the present report we described a case of Adenomatoid tumour of the uterus body in a 46 years old patient.*

### Introduzione

Il termine "tumore adenomatoide" è stato proposto da Golden e Ash nel 1945<sup>1</sup>. Si è discusso a lungo sulla sua istogenesi, attribuendogli un'origine endoteliale, epiteliale, mesonefrica, mulleriana o mesoteliale. Infine, diversi studi ultrastrutturali ed immunohistochimici ne hanno provato l'origine mesoteliale. Secondo alcuni Autori il tumore adenomatoide prende origine da inclusioni di mesotelio indovati nel tessuto connettivo o nel miometrio, secondo altri può originare da cellule mesenchimali uterine che mantengono un potenziale di differenziazione.

### Storia clinica

Donna di 46 anni, sottoposta ad intervento chirurgico per asportazione di neoformazione nodulare del corpo uterino inviata con sospetto clinico di leiomioma. In anamnesi la paziente riferisce un taglio cesareo.

### Materiali e metodi

Il tessuto fissato in formalina neutra tamponata al 10% e incluso in paraffina è stato testato con il seguente pannello di anticorpi: citocheratina (clone MNF 116, Dako Cytomation, 1:50), calretina (clone DAK calret 1, Dako Cytomation, 1:50), actina (clone HHF 35, Dako, 1:50); CD 34 (clone QBEND/10, Menarini Biogenex, 1:30). La reazione è stata sviluppata con streptavidina-biotina-complex.

### Descrizione del caso

Materiale macroscopicamente rappresentato da due neoformazioni nodulari del diametro massimo rispettivamente di cm 2,5 e cm 2, a superficie esterna irregolare, di colorito biancastro e consistenza molle-elastica. Al taglio, entrambe le neoformazioni presentano aspetto fascicolato e colore biancastro.

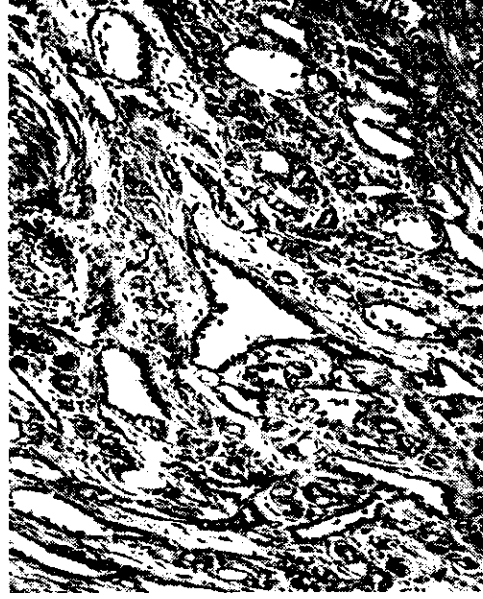
Microscopicamente appaiono costituite da tubuli a rivestimento cellulare epiteliomorfo monostratificato, in parte piatto ed in parte cubico con crescita nel contesto della parete uterina tra fasci miometriali. Il quadro istologico e immunofenotipico (citocheratina +; calretina +; actina -; CD34 -) depongono per la diagnosi di tumore adenomatoide.

### Discussione

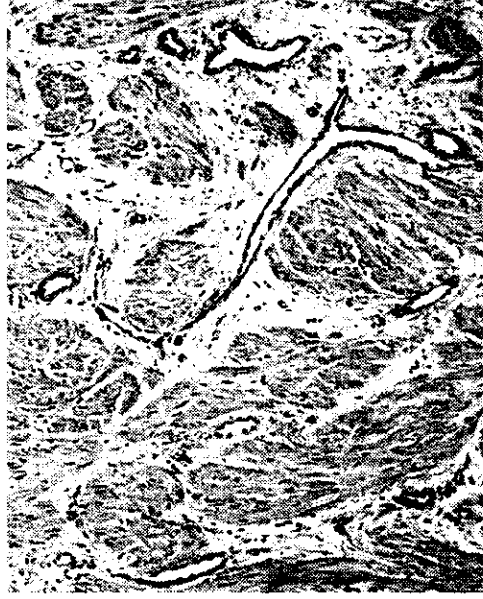
Il tumore adenomatoide si localizza preferenzialmente nell'apparato genitale maschile (testicolo, epididimo, scroto, prostata)<sup>2</sup> e femminile. Sono stati descritti anche casi in sede extragenitale come nel mesentero, ghiandola surrenalica<sup>3</sup>, omento, cuore, pleura<sup>4</sup>, pancreas, linfonodo mediastinico<sup>5</sup>. Nell'apparato genitale femminile sono interessati, in ordine di frequenza, le tube di Falloppio ed il corpo uterino. Il suo riscontro è generalmente occasionale in donne in età riproduttiva isterectomizzate per altre patologie<sup>6,7</sup>.

Dal punto di vista macroscopico, si presenta come neoformazione unica, occasionalmente multipla, che varia in dimensioni da 0,5 a 4 cm di diametro massimo<sup>6</sup>, ma talora può raggiungere anche i 15 cm<sup>1</sup>. Nell'ute-

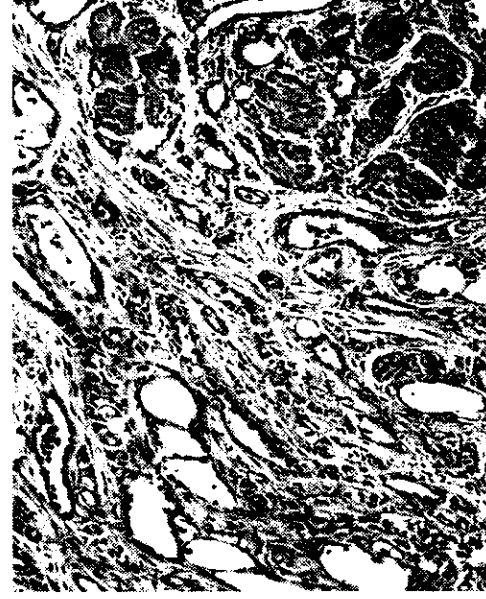
Fig. A-B-C. Tra le fibrocellule muscolari lisce sono strutture tubulari, monostratificate le cui cellule sono positive con anticorpi anti-ciclo-cheratina (D) e calretinina (E). Con anticorpi anti-actina (F) è visibile la dissociazione delle fibre muscolari.



A) Ematossilina-Eosina



B) Ematossilina-Eosina



C) Ematossilina-Eosina



D) Cheratina



E) Calretinina



F) Actina

ro, la sua localizzazione è per lo più sottosierosa<sup>6</sup>, ma può interessare il miometrio sino all'endometrio. La crescita intramurale comporta l'intrappolamento del miometrio all'interno del tessuto neoplastico. Questo tipo di crescita, che ne determina l'aspetto macroscopico, ricorda un leiomioma. A differenza di quest'ultimo, però, il tumore adenomatoide presenta colorito giallastro<sup>6</sup>, consistenza più soffice e margini mal definiti. Al taglio alcune neoformazioni mostrano aspetto vorticoidi, mentre altre presentano irregolari tralci fibrosi, piccole vescicole oppure aspetto cistico<sup>6</sup>. Istologicamente, il tumore adenomatoide presenta vari pattern di crescita: adenoidi o tubulare, angiomatoidi,

solido, cistico o misto<sup>6,8,9</sup>. Il pattern più comune è quello adenoidi, costituito da tubuli di varie dimensioni e forma, che si anastomizzano tra loro nel contesto del miometrio. Le strutture tubulari sono delimitate da cellule in parte cubiche, in parte piatte. Si può, inoltre, riscontrare una lieve atipia nucleare e/o una bassa attività mitotica<sup>6</sup>.

Il tumore adenomatoide è generalmente un reperto incidentale e benigno. La prognosi *quoad vitam* è pertanto buona. Vanno poste in diagnosi differenziale le seguenti entità: linfangioma, adenocarcinoma primitivo o metastatico, leiomioma epitelioide (tipo plessiforme), emangiosarcoma.

## Bibliografia

- 1 Hanada S, Okumura Y, Kaida K. *Multicentric adenomatoid tumours involving uterus, ovary, and appendix*. J Obstet Gynaecol Res 2003;29:234-8.
- 2 Williams SB, Han M, Jones R, Andrawis R. *Adenomatooid tumour of testes*. Urology 2004;63:779-81.
- 3 Isozaki PA, Keeney GL, Sebo TJ, Riehle DL, Chevillie JC. *Adenomatooid tumour of the adrenal gland: a clinicopathologic study of 5 cases and review of the literature*. Am J Surg Pathol 2003;27:969-77.
- 4 Handra-Luca A, Couvelard A, Abd Alsamad I, Launay O, Larrousse F, Walker F, et al. *Adenomatooid tumour of the pleura*. Ann Pathol 2000;20:369-72.
- 5 Isozaki PA, Nascimento AG, Trastek VF, Wold LE, Chevillie JC, Extragenital adenomatoid tumour of a mediastinal lymph node. Mayo Clin Proc 2003;78:350-4.
- 6 Amre R, Constantino J, Lu S, Charney D. *Pathologic quiz case: a 52-year-old woman with a uterine mass*. *Leiomyo-adenomatoid tumour of the uterus*. Arch Pathol Lab Med 2005;129:77-8.
- 7 Nogales FF, Isaac MA, Hardisson D, Bosineu L, Palacios J, Ordi J, et al. *Adenomatooid tumours of the uterus: an analysis of 60 cases*. J Obstet Gynaecol Res 2003;29:234-8.
- 8 Silverberg SG, Kurman RJ. *Tumors of the Uterine Corpus and Gestational Trophoblastic Disease*. In: *Atlas of Tumor Pathology. Third series*. AFIP 1992, pp. 146-149.
- 9 Rossa J. *Female reproductive system*. In: *Rossa and Ackerman's Surgical Pathology. 9th Ed.* Philadelphia, PA: Mosby 2004, pp. 1613-1643.

## Corrispondenza

Francesca Rappa. Istituto di Anatomia ed Istologia Patologica, Policlinico "P. Giaccone", Università di Palermo -  
E-mail: francyrappa@hotmail.com