

Diagnosi casi I° sera

Caso N° 1:

Preparato citologico ottenuto per FNA da lesione nodulare dermo-ipodermica, ben allestito e colorato, in assenza di elementi artefattuali, ipocellulare (lesione compatta che cede poche cellule), caratterizzato da TCP di tipo infiammatorio. Ad un più forte ingrandimento è possibile osservare la presenza di un citotipo di cellule infiammatorie prevalentemente macrofagico (> 50%) caratterizzato da citoplasma schiumoso e nucleo spesso centrale-paracentrale. Molte cellule fagiche appaiono in aspetto epitelioido (15%) e, in molti casi (1-3%) si osservano elementi gigantocellulari caratterizzati da tre a cinque nuclei, periferizzati a ridosso della membrana citoplasmatica (cellule giganti da C.E.). La presenza di polimorfonucleati (< 50%) a nucleo ipersegmentato-picnotico, anche in assenza di batteri intracitoplasmatici, indica una natura asettica della flogosi. E' presente infine una piccola percentuale di elementi fusocellulari in aspetto iperplastico, con nucleo aumentato di volume, nucleoli evidenti e citoplasma lievemente basofilo. Presenti sporadici adipoblasti/citi ad indicare che il processo ha sede dermo-ipodermica. Il preparato appare quindi ascrivibile ad una flogosi di tipo piogranulomatoso, di natura asettica, su base lipofagica. Data l'anamnesi, l'eziologia della lesione può essere imputabile al prodotto chemioterapico inoculato, poichè in veicolo oleoso. La prognosi della lesione è fausta. Data la natura del processo, è verosimile una risoluzione spontanea della lesione. L'eventuale asportazione chirurgica può ritenersi risolutiva.

Caso N° 2:

Preparato citologico ottenuto per FNA da nodulo cutaneo, allestito in modo sufficiente, con aree più spesse e ipercolorate, difficilmente leggibili, ed aree fortemente ipocellulari. Si osserva inoltre la presenza di numerosi "detriti" cellulari di fondo e moltissime "strisciate nucleari" denotanti una forte fragilità delle cellule esfoliate. Presenza inoltre di alcuni elementi artefattuali (granuli di talco), e elementi cristallini, rapportabili a cristalli di colesterolo. Il TCP appare di natura infiammatoria ed il citotipo

predominante risulta caratterizzato da macrofagi (>60%) e talora da cellule epitelioidi (5%). Circa il 30% delle cellule infiammatorie appare di natura polimorfonucleata, con neutrofili a nucleo picnotico e ipersegmentato (vecchi). Presenza di alcuni sporadici eosinofili, alcuni mastociti e, oltre un 5% di plasmacellule iperplastiche e piccoli linfociti. Il "fondo" del vetrino appare costellato di elementi cellulari per lo più anucleati e dall'aspetto vitreo-verdastro che appaiono riconducibili a squame cornee/cheratinociti degenerati. A questi si associano rari melanofagi e alcuni fibroblasti in aspetto iperplastico/reattivo. Il preparato appare rapportabile ad una flogosi di tipo piogranulomatoso, di natura asettica, a componente iperergica (fenomeni di ipersensibilità di tipo I°) caratterizzata da presenza di mastociti. Data l'anamnesi, la lesione può essere ricondotta a sindrome "comedo", con presenza di ciste da ritenzione cheratinica probabilmente a parete alterata e con esposizione di antigeni di natura cheratinica (risposta iperergica). La prognosi della lesione è fausta e l'asportazione chirurgica risolutiva.

Caso N° 3:

Preparato citologico ottenuto per strisciamento del sedimento risospeso del liquido prelevato tramite toracocentesi. Il campione appare ben allestito e colorato, in assenza di elementi artefattuali, a media cellularità, caratterizzato da TCP di tipo infiammatorio. A maggiore ingrandimento è possibile osservare la presenza di un citotipo di cellule infiammatorie prevalentemente mononucleato, caratterizzato da un 80% di cellule rapportabili a linfociti e un 5-10% di macrofagi, spesso a citoplasma schiumoso e nucleo centrale. I polimorfonucleati presenti (<10%) sono a nucleo da moderatamente a evidentemente edematoso, con presenza di rari cocci G+ intracitoplasmatici. Presenti alcune cellule mesoteliali reattive. Il "fondo" del vetrino appare fortemente proteico (celestre-bluastro e granuloso). Il preparato appare ascrivibile ad una flogosi di tipo cronico, generata da versamento chiloso. Versamento pleurico di tipo post-chiloso cronico. La prognosi è riservata. Si consiglia terapia antibiotica specifica dopo coltura del liquido ed antibiogramma; ricercare la causa primitiva del versamento chiloso.

Caso N° 4:

Preparato citologico ottenuto per FNA da lesioni nodulari ed "umide" del limite muco-cutaneo, ben allestito e colorato, in assenza di elementi artefattuali, ipocellulare, caratterizzato da TCP di tipo infiammatorio. Citotipo dominante caratterizzato da cellule infiammatorie polimorfonucleate (>50%), caratterizzate da nucleo picnotico/ipersegmentato denotante la natura asettica del processo. Molti neutrofili appaiono generare "strisciate" nucleari. La popolazione cellulare mista al TCP è caratterizzata da cellule epiteliali (acantolitiche) più raramente in piccoli clusters, più frequente isolate e rotondeggianti per assenza di "giunzioni" serrate di interconnessione. Il preparato appare quindi ascrivibile ad una flogosi di tipo asettico associata a forte desquamazione epiteliale con i connotati della lesione acantolitica. Presenti batteri in forma contaminante, data la localizzazione prettamente extracellulare. Data l'anamnesi e la localizzazione delle lesioni, l'eziologia della lesione può essere imputabile ad un fenomeno autoimmune ascrivibile a penfigo. La prognosi è riservata. Si consiglia di effettuare una biopsia per esame istologico confirmativo, nonché ricerca di anticorpi anti-nucleo (ANA-test) e valutazione dei parametri renali, se possibile con biopsia renale.

Caso N° 5:

Preparato citologico ottenuto per "tamponamento" da lesioni auricolari-perilabiali. Colorazione effettuata = GRAM. Il campione appare sovracolorato ed ipocellulare, ricco di detriti cellulari. Con questa colorazione non si osserva in dettaglio la morfologia cellulare, che nel preparato con Giemsa appare costituita da polimorfonucleati a nucleo edematoso, sporadici eosinofili, macrofagi e cellule epiteliali desquamanti con notevole presenza di squame cornee. Si osserva la presenza di numerosi lieviti a forma di nocciolina, rapportabili a infezione da *Malassezia* spp. (> 5 malassezie per campo a 40X) frammista a presenza di lieviti tipo *Candida* spp. Sono altresì presenti batteri G+ frammisti a batteri bastoncellari G-. Il preparato appare quindi ascrivibile ad una flogosi di tipo cronico-attivo o

piogranulomatoso, di natura settica, la cui eziologia appare batterica mista (G+/G-) e con sovrainfezione da lieviti. Data l'anamnesi e la presenza di lieviti, è verosimile che il processo trovi la sua genesi nella forte immunodepressione del gatto. La prognosi della lesione è di per sé fausta, ma riservata se considerato lo stato di positività retrovirale. Si consiglia antibiotico terapia dopo antibiogramma, nonché terapia antisettica locale ed immunostimolanti.

Caso N° 6:

Preparato citologico ottenuto per apposizione da biopsia ottenuta dalla mucosa gengivale, ben allestito e colorato, in assenza di elementi artefattuali, fortemente ipocellulare, caratterizzato da TCP di tipo infiammatorio. Ad un più forte ingrandimento è possibile osservare la presenza di un citotipo di cellule infiammatorie prevalentemente mononucleato, ove prevalgono macrofagi (> 30%) e plasmacellule (>40%); molti i nuclei nudi, non diagnostici, ed i polimorfonucleati (10%) che appaiono di aspetto intermedio, sia ipersegmentato che edematoso. Sporadici clusters di cellule epiteliali che appaiono in aspetto iperplastico, con talora caratteristiche nucleari tipiche della displasia. E' presente infine una piccola percentuale di elementi fusocellulari in aspetto iperplastico, con nucleo aumentato di volume, nucleoli evidenti e citoplasma lievemente basofilo. Il preparato appare derivare da una flogosi di tipo cronico, prevalentemente plasmacellulare-linfocitario. La prognosi della lesione è riservata. Si consiglia trattamento generale associato a terapia locale con prodotti specifici tipo Restomyl.

Caso N° 7:

Preparato citologico ottenuto per FNA da lesione nodulare interdigitale, allestito in modo sufficiente, data la presenza di aree molto spesse ed ipercellulari, quindi ipercolorate. Il fondo del preparato è molto "sporco" e ricco di detriti cellulari/strisciati nucleari. Preparato ipercellulare caratterizzato da TCP di tipo infiammatorio. Ad un più forte ingrandimento è possibile osservare la presenza di un citotipo di cellule infiammatorie esclusivamente polimorfonucleato (> 80%). Le cellule hanno per la stragrande

maggioranza nucleo degenerato e edematoso. Molte cellule appaiono del tutto litiche e in aspetto degenerato. Si osserva la presenza di batteri intracitoplasmatici, indicante una natura settica della flogosi. Il preparato appare quindi ascrivibile ad una flogosi di tipo purulento, ad eziologia batterica coccoide (staphylococchi). Prognosi fausta. Si consiglia terapia antibiotica a base di beta-lattamici.

Caso N° 8:

Preparato citologico ottenuto con tecnica mista, per impronta-strisciamento, da mucosa uterina. Colorazione con metodo GRAM. Il campione appare sovracolorato ed ipercellulare, ricco di detriti cellulari, materiale amorfo di fondo che "maschera" notevolmente il TCP, presenza di ombre cellulari. Con questa colorazione non si osserva in dettaglio la morfologia cellulare, che nel preparato con Giemsa appare costituita da polimorfonucleati a morfologia mista, sia a nucleo edematoso (<65%), che a nucleo ipersegmentato/picnotico. La colorazione GRAM rivela la presenza di un grande numero di batteri bastoncellari di grandi dimensioni, G-, rapportabili per morfologia e dimensioni a coliformi. Il preparato appare quindi ascrivibile ad una flogosi di tipo purulento, classificabile come piometra, di natura settica, sostenuta prevalentemente da batteri G-. La prognosi è fausta, dal momento che l'intervento di isterectomia appare risolutivo. Si consiglia comunque una copertura antibiotica ad ampio spettro nel post-operatorio.