

**Meduloblastomas, estudio clínico patológico de acuerdo con la nueva clasificación propuesta por la OMS en el 2007. Experiencia de 5 años del INNN**

Nidia Karen Castillón Benavides,\*  
Citlaltepetl Salinas Lara,\*\* Manuel  
Castillejos, Alfonso Arellano,\*\*\*  
Martha Lilia Tena Suck\*\*\*\*

\* Unidad académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit.

\*\* Departamento de Neuropatología.

\*\*\*\* Departamento de Investigación en Tuberculosis, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

**Introducción:** los meduloblastomas son tumores cerebrales embrionarios., estos corresponden al 15 al 25% de todas las neoplasias pediátricas. Recientemente la OMS reclasificó a los meduloblastomas en; tipo clásico, desmoplásico, nodular o intensamente nodular, anaplásico, y al de células grandes. Separando el tipo desmoplásico extensamente nodular del desmoplásico habitual debido a que este corresponde a un tipo de peor pronóstico. **Material y métodos:** En el Departamento de neuropatología revisamos los meduloblastomas en 5 años y los reclasificamos de acuerdo a la nueva clasificación de la OMS. Estudio descriptivos, retrospectivo. **Resultados:** identificaron 43 casos de meduloblastomas en adultos, de

los cuales 17(39.5%) fueron de tipo clásico, desmoplásicos con escasos nódulos fueron 12 (27.9%) 4(9.3%) fueron extremadamente nodulares y 3 (7%) fueron de tipo anaplásico. La edad de los pacientes estudiados fue entre 15 a 59 años (media de 29.16), 29 casos fueron hombre (67.4%) y 14 mujeres (32.6%). Con inicio de síntomas entre 1 a 36 meses (media de 3.73). Por localización en cerebro fue en 42 (92.7%) y uno en la pineal (2.3%), del lado izquierdo fueron 21 casos (48.8%) derecho 13 casos (30.2%) y vérnis en 9 (29.9%). A todos los casos se les realizó biopsia, de los cuales resección quirúrgica parcial fue en 31 casos (72.9%) resección total en 12 (27.9%). Presentándose las siguientes complicaciones quirúrgicas: hidrocefalia y neumoventrículo en 3 (7%) hemorragia hematomas, neuroinfección en 1 (2.3%). Radio-terapia complementaria se les dio a 36 casos (83.7%), quimioterapia a 6(14%). Con evolución de mejoría en 23 casos (53.5%), igual en 7(16.3%) empeoramiento en 9 (20.9%) y 4 muertes (9.3%). La recidiva se presentó en 19 casos (42.2%) De los cuales 12 (27.9%) fueron hombres y 7 (16.2%) mujeres. Por tipo histológico tipo clásico en 10 casos (52.6%), 7 (36.8%)desmoplásico con escasos nódulos y 1 (5.2%) con abundantes nódulos y 1 en anaplásico (5.2%) ( $p = .620$ ). **Discusión:** el meduloblastoma corresponde a grado IV de la clasifica-

ción de la OMS y se consideraba que el tipo anaplásico era el más maligno. El reclasificarlos de acuerdo a la formación de muchos o pocos nódulos esta en relación al pronóstico, ya que casos aislados de meduloblastomas desmoplásicos con extensos nódulos se habían reportado como el subtipo histológico mas agresivo. El llamarlo así o el hacer énfasis en la nodularidad es un factor que debe considerarse para el tratamiento subsiguiente de los pacientes.

**Correlación entre PTEN, PTTG-1 Y PCNA en adenomas de hipófisis. Estudio clinicopatológico**

Martha Tena Suck,\* Alma Ortiz Plata,\* Horacio Astudillo de la Vega\*\*

\* Departamento de Neuropatología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México.

\*\* Unidad de Investigación, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

**Introducción:** PTEN es un proto-oncogén que se encuentra disminuido en neoplasias malignas y PTTG-1 es un protooncogén o también llamado factor de crecimiento de tumores hipofisiarios, que se encuentra presente en neoplasia malignas. **Objetivo:** comparar la coexpresión entre PTEN vs PTTG-1 en tumores hipofisiarios. **Material y métodos:** se estudiaron 45 adenomas hipofisiarios y se dividieron entre funcionales y no

funcionales y se correlacionó con atipias, mitosis, hemorragia y necrosis con la expresión mediante inmunohistoquímica de PTEN y PTTG-1, las diferentes hormonas hipofisiarias y se obtuvo el índice de proliferación celular con PCNA. **Resultados:** 24 casos fueron ADH funcionales y 21 no funcionales. El 46.7% fueron hombres y el 53.7% fueron mujeres. Con una edad media  $43.18 \pm 9.42$  años (27 -70 años). El tamaño del tumor fue; para adenomas funcionales de  $13.96 \pm 4.15$  mm y para no funcionales fue  $13.57 \pm 2.34$  mm. El índice de PCNA para ADH funcionales fue de  $41.92 \pm 6.63$  y para No funcionales fue de  $4.62 \pm 11.85$  ( $p = .081$ ). La expresión de PTEN fue leve en 21 (47%), moderado en 19 (42%) e intenso en 5 (11%,  $p = .000^*$ ). La expresión de PTTG-1 fue; leve en 18 (41%), moderado 19(41%) e intenso 6 (13%,  $p = .000^*$ ). Hubo diferencias estadísticamente significativa cuando se correlacionó PTEN+ PCNA ( $p = .004^*$ ) y no cuando se correlacionó PTEN+ PTTG-1 ( $p = .019$ ), y PCNA +PTTG-1 ( $p = .262$ ). Se observó una relación inversa en los tumores funcionales. A Mayor expresión de PTTG-1 y de PCNA menor fue la expresión del PTEN. Mientras que los ADH no funcionales presentaron mayor expresión de PTEN y menor de PTTG-1. **Conclusión:** la relación inversa de la expresión de PTEN vs PTTG-1 esta en relación a la función del ADH. No hubo diferencia entre adenomas de hipófisis productor de una sola hormona o de varias hormonas. Necrosis, y hemorragia se asoció a la expresión de PTEN, mientras que atipias celulares y figuras de mitosis se asociaron a la expresión de PTTG-1 y mayor índice de PCNA.

### **Endometritis granulomatosa, incidencia y clasificación en nuestro medio hospitalario**

*José Antonio Matute Briceño, Vicente Martínez Ramos, Antonio Cesar Escobar*

**Antecedentes:** la endometritis granulomatosa es una rara entidad que representa del .5 al 1% de las biopsias de endometrio, y se asocia a diversas causas en los países en vías de desarrollo la causa mas común es la tuberculosis que representa el 5% de las infecciones pélvicas. **Objetivo:** identificar la incidencia y las causas en nuestro medio de esta rara entidad. **Material y métodos:** se revisaron las biopsias de endometrio y las histerectomías por enfermedad pélvica inflamatoria (5,000 estudios del 2003 al 2007). **Resultados:** se encontraron 11 casos, que representan el .23 % de los estudios revisados, siendo la endometritis tuberculosa la mas frecuente con 6 casos(63%), endometritis actinomicótica 3 casos (32%), 2 casos (5%) inespecíficos. **Conclusiones:** la tuberculosis siendo endémica en nuestro medio es congruente que se haya encontrado como la principal responsable de la endometritis granulomatosa, seguida por Actinomicosis que se asocia a infección crónica y DIU.

### **Incidencia de tumores mixtos mullerianos en UMAE 23 en 5 años y revisión de la literatura**

*José Antonio Matute Briceño, Amparo Lomas Flores, Adriana Santos Lartigue, Antonio Cesar Escobar*

**Antecedentes:** los tumores mixtos Mullerianos representan el 1 a 3% de las neoplasias uterinas, presentan un

componente epitelial y otro estromal, se presentan generalmente en mujeres post-menopausicas, con sangrado transvaginal, pueden componer elementos heterólogos u homólogos, el espectro maligno los carcinosarcomas son altamente agresivos con una sobrevida a los 5 años de 20%.

**Objetivo:** establecer la incidencia de esta entidad, y revisar los criterios de graduación de la misma. Tumores del cuerpo uterino del año 2003 al 2007 (615 tumores). **Material y métodos:** se revisaron los criterios histológicos, atipia celular, celularidad, índice mitótico, índice estromal-epitelial, en ambos componentes epiteliales y estromales, así como la presencia de componentes heterólogos y homólogos. **Resultados:** se encontraron 34 tumores que representan un 5.5% del total tumores uterinos, carcinosarcomas 19 casos (55.8%) 3 con metastasis al momento del diagnóstico (9%), Adenosarcomas 6 casos (17.6%), Adenofibromas 9 casos (26.4%), 5 con componentes heterólogos (14.7%). Rango de edad de 34-67 años, media 55 años. **Conclusiones:** se observó un ligero aumento en la incidencia en nuestro medio en comparación con la reportada en la literatura 5.5% contra 1 a 3%, siendo los carcinosarcomas los mas frecuentes 55.8% siendo de importancia su adecuada interpretación y graduación por la alta agresividad de estas neoplasias.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. McCluggage W. Tumores uterinos malignos bifásicos: ¿carcinosarcomas o carcinomas metaplásicos? J Clin Pathol 2002;55.

**Ventrículo no compactado en pediatría. Experiencia de dos casos**

Héctor Santiago Antúnez, Rodolfo Rodríguez Jurado

**Antecedentes:** el ventrículo no compactado (VNC) es una cardiomiopatía novel, rara y controversial; se caracteriza por patrón fetal persistente miocárdico, que confiere aspecto esponjoso. El paciente puede fallecer tempranamente o sobrevivir hasta la edad adulta; la patogenia no se ha esclarecido con precisión. Se presenta en el ventrículo izquierdo y raramente en el derecho. **Caso 1:** niña de 11 meses de edad con diagnóstico de estenosis pulmonar e hipertrofia ventricular derecha secundaria. Se realizaron dos cateterismos cardíacos con dilatación de la pulmonar. Un ecocardiograma 8 días antes de fallecer, mostró fenotipo de cardiomiopatía hipertrófica y recessos en ventrículo derecho que sugirieron VNC. Falleció en insuficiencia cardíaca. El corazón en la autopsia mostró además de la estenosis pulmonar y displasia de válvula tricúspide; ventrículo derecho de aspecto trabeculado con hendiduras histológicas con “imagen en cuerno de alce”, que afectaba el 75% del espesor total. **Caso 2:** niña de 2 meses, dismórfica, se diagnosticó, ventrículo único, CIV, CIA, y estenosis pulmonar severa. La autopsia mostró heterotaxia con isomerismo derecho, asplenia, hipoplasia/estenosis de arteria pulmonar, entre otras. En una revisión adicional, la pared del ventrículo único fue similar al descrito, que afectaba el 50% del espesor. **Discusión:** El VNC puede ser aislado o asociado a otras cardiopatías. Representa una falla en la condensación normal del miocardio ventricular que ocurre durante la embriogénesis o un es-

fuerzo por mantener una perfusión adecuada al miocardio afectado de forma secundaria, por una cardiopatía primaria que influya sobre su riego sanguíneo. En pediatría se asocia a menudo con anomalías valvulares. Aunque el diagnóstico se hace con frecuencia hasta la autopsia, puede ser inadvertido. Tener presente ésta entidad permite su mayor reconocimiento ecocardiográfico o en el análisis posmortem.

#### Perforación cecal poscesárea y síndrome de Ogilvie

Penélope Romero,\* Lourdes Molinar,\* Jorge Valenzuela,\* Jesús Flores\*\*

\* Departamento de patología.

\*\* Departamento de cirugía.

Hospital Ángeles Lomas, Estado de México.

Mujer de 48 años con embarazo gemelar de 38 SDG a la que se practica cesárea. Egresó del hospital tres días después con buena evolución. Permanece en casa con cuadro progresivo de obstrucción intestinal con incapacidad para canalizar gases o evacuaciones. Se niega a reingresar al hospital pensando en que se trata de un proceso autolimitado. Doce días después de la cesárea se presenta nuevamente en el hospital con cuadro clínico de sepsis aunado a distensión abdominal extrema y ausencia de peristalsis. Los estudios de imagen muestran aire libre en cavidad. Se realiza colectomía derecha e ileostomía terminal y múltiples lavados de cavidad por peritonitis fecal asociada con perforación de 4 cm en el ciego. Se cuestiona sobre la posibilidad de perforación iatrógena del ciego durante la cesárea. El diagnóstico

histopatológico es compatible con tiilitis isquémica perforada secundaria a dilatación colónica. La pseudo-obstrucción colónica aguda (Síndrome de Ogilvie) es rara. La etiopatogenia de este síndrome no está clara. La mayor parte de los casos informados están asociados con procedimientos ginecológicos u obstétricos. El riesgo principal de no detectar y tratar tempranamente este síndrome es el de la perforación del ciego debida a la dilatación extrema del colon. El informe histopatológico debe hacer énfasis en la naturaleza isquémica de la perforación para evitar suspicacias en relación a perforación iatrógena si es que hubo un antecedente quirúrgico previo.

#### Hamartoma neuromuscular con recurrencia como tumor desmoide en un lactante

Héctor Santiago Antúnez Moncada,  
Eduardo López Corella

Departamento de Patología, Instituto Nacional de Pediatría, México

**Antecedentes:** el hamartoma neuromuscular consta de músculo esquelético maduro en íntima relación con fibras nerviosas mielinizadas y no mielinizadas. Se asocia con troncos nerviosos mayores y se han documentado recurrencias post resección en forma de fibromatosis.

**Relato del caso:** niña de tres años de edad con nódulo supraclavicular de 1 cm de diámetro, firme y dolorosa notado al año de edad. La lesión fue resecada en otra institución y se informó como “músculo estriado con fibrosis”. Recidiva cinco meses después en el mismo sitio, se sospecha lesión maligna. Recibimos ambas muestras, la primera como

consulta. **Anatomía patológica:** la lesión original, mostraba un patrón multinodular no encapsulado con proliferación de fibras nerviosas y músculo estriado maduro. Las fibras nerviosas se disponían en fascículos cortos y rodeaban fibras musculares, a veces con clara demarcación entre perimisio y perineuro. Había fibras mielinizadas y no mielinizadas, las fibras musculares incluían fibras multinucleadas y con variación en el grosor. Había abundante tejido fibroso. Las fibras nerviosas fueron PS100 y neurofilamentos positivas y las musculares fueron positivas para desmina. La lesión recurrente mostró una proliferación fibromatosa con abundante depósito de colágena, sin evidencia de componente neural, y con fibras positivas para desmina y para actina específica de músculo liso en el seno de ésta. **Discusión:** el hamartoma neuromuscular es una lesión rara, que debe tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumoración en partes blandas en sitios relacionados con troncos nerviosos, también debe considerarse que, por razones aun no aclaradas totalmente, tiene el potencial para recidivar en la forma de una fibromatosis.

#### **Neoplasias de células plasmáticas. Características clinicopatológicas de 21 casos**

Mónica B. Romero Guadarrama,  
Elvira Aguilar Martínez, Ma. Mercedes Hernández González, Marco A Durán Padilla

Unidad de Patología y Hematología  
del Hospital General de México, OD.  
Facultad de Medicina UNAM.

Las neoplasias de células plasmáticas son proliferaciones monoclonales

anteriormente conocidas como “discrasias de células plasmáticas” y se caracterizan por la secreción simple y homogénea de un producto de inmunoglobulina conocida como componente M o monoclonal. La actual clasificación de la OMS los clasifica en: mieloma de células plasmáticas y variantes, plasmacitoma, enfermedades por depósito de inmunoglobulinas, mieloma osteosclerótico y enfermedad de cadenas ligeras. El presente trabajo es lineal y retrospectivo. El objetivo es conocer la frecuencia, la localización, la sintomatología clínica y el tipo de neoplasias de células plasmáticas que se presentan en nuestra institución. De los archivos del laboratorio de patología quirúrgica y del servicio de hematología del HGM, se efectuó una revisión de dos años (2006 y 2007) de los pacientes con diagnóstico de neoplasias de células plasmáticas se encontraron 21 pacientes y se investigaron las siguientes variables demográficas: sexo, edad, diagnóstico clínico, tiempo de evolución, localización del tumor, síntomas agregados, exámenes de laboratorio y gabinete, tratamiento, seguimiento clínico y análisis morfológico. De los 21 pacientes: 9 se diagnosticaron como plasmocitomas solitarios: 6 localizados en la región sinusal y 3 óseos. Los mielomas múltiples fueron 11 localizados en varios sitios principalmente cráneo y huesos largos. El sexo que predominó en ambos tipos tanto en la forma localizada como en la diseminada de la enfermedad fue el sexo femenino (13) y 8 hombres. La edad mínima fue de 31 años y máxima de 84 años. Los plasmocitomas de la región sinusal se presentaron clínicamente con epistaxis y cuerpo

extraño, en los óseos el dolor y la presencia de tumor radiológicamente evidente fue lo más común. Y en los mielomas múltiples predominó síntomas de compresión medular y anemia. El tiempo de inicio de sintomatología y el diagnóstico varió de 3 a 11 meses. Y los exámenes de laboratorio más alterados como elevación de DHL y B-2 microglobulina fue en los pacientes con MM. El tratamiento en pacientes con plasmocitomas fue con radioterapia y en MM fue radioterapia, talidomida y dexametasona. Los pacientes actualmente se encuentran vivos y algunos con actividad tumoral. Morfológicamente la mayor parte de los plasmocitomas y MM son maduros y expresaron constantemente cd 138 y cd 79<sup>a</sup>. El plasmocitoma es una enfermedad localizada en hueso o extramedular y tiene pronóstico bueno en comparación con el MM pues esta última se considera enfermedad incurable con sobrevida media a 3 años. Afortunadamente no son tan comunes en nuestro medio.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bartl R, Grisch B. Diagnostic morphology in multiple myeloma. Curr Diagn Pathol 1995;2:222-35.
2. Seidl S, Kaufmann H, Drach J. New insights into the pathophysiology of multiple myeloma. Lancet Oncol 2003;557-64.

#### **Cartel fibroma tecoma y cistadenoma mucinoso de ovario una combinación poco frecuente, presentación de un caso y revisión de la bibliografía**

Rosa María Mejía Bañuelos, Silvia Judith Henández, Raúl Garza Garza

Femenina 64 años con hiporexia,

pujo, tenesmo, urgencia al evacuar y distensión abdominal de 2 meses de evolución acompañándose de dolor lumbar de intensidad leve a moderada. Exploración física abdomen globoso, distendido a expensas de tumor intraabdominal, rígido, no doloroso a la palpación de aproximadamente 30 x 20 cm. Resto de exploración normal. Durante la cirugía se observa un tumor quístico que abarca desde la apéndice xifoides hasta la sínfisis del pubis, dependiente de ovario izquierdo. Se envía a estudio transoperatorio donde se recibe tumor de 32 x 27 x 12cm de superficie irregular de color grisáceo y con áreas rosáceas. A la sección es quístico con un grosor de pared de 0.5 cm, drenando líquido citrino e identificándose áreas quísticas que en promedio miden 0.4 cm con salida de material mucoide. Se identifica además una lesión sólida que mide 12 x 9 x 4 cm, de superficie irregular de color amarillento con zonas blanquecinas, de consistencia firme con áreas de degeneración quística. Se reporta como tumor benigno tecoma fibroma. Al examen microscópico se observa en el área quística una lesión epitelial constituida por células cilíndricas de núcleo basal sin atipia. En el área sólida se observan dos tipos celulares unas fusiformes dispuestas en distintas direcciones entre las que se observan células ovoides de citoplasma claro que infiltran de forma difusa. Con estos hallazgos se concluye que la lesión corresponde a un fibroma tecoma asociado a un cistadenoma mucinoso. El cistadenoma mucinoso se presenta entre los 30-40 años, presentan células mucosecretoras que semejan el endocérvix y aproximadamente el

85% son benignos y unilaterales. Los tumores del estroma y de los cordones sexuales son poco frecuentes y comprenden menos del 5%. Solo hemos encontrado un reporte en la literatura con la asociación de cistadenoma mucinoso coexistente con un tumor del estroma y con elementos de los cordones sexuales.

#### **Complejo cuerpo-extremidad (síndrome de cordón umbilical corto).**

#### **Informe de un caso y revisión de la literatura**

*Joel Rodríguez Llerenas, Claudia Peña Zepeda*

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí.

El complejo cuerpo-extremidad (CCE) es un defecto congénito raro, con una incidencia de 0.7/10,000 embarazos. Se caracteriza por 2 de las siguientes 3 características: Defectos en las extremidades, defectos en la pared abdominal anterior y exencefalía o encefalocele con o sin hendiduras faciales. Los mecanismos patogénicos propuestos son la ruptura del amnios, disrupción vascular y disgenesia embrionaria. Todos los casos se asocian a cordón umbilical corto y malformado. **Objetivo:** presentar un caso de patología neonatal de frecuencia esporádica. **Caso clínico:** RN de 36 SDG por Capurro, Producto de la G1, madre de 16 años de edad sin control prenatal, quién acudió a nuestro hospital por trabajo de parto espontáneo. Al nacimiento se observó eventración de vísceras abdominales, labio y paladar hendido y cordón umbilical corto. **Autopsia neonatal:** femenino de 2,800 g. con apéndice cecal, estómago, ambos intestinos, hígado y bazo fuera de

la cavidad abdominal. Cubiertos por amnios y unidos a la placenta directamente por cordón umbilical de 11 cm. de longitud, trivascular, sin alteraciones aparentes. Labio y paladar hendido sin encefalocele, hipoplasia pulmonar secundaria a hernia diafragmática y xifoescoliosis dorsal severa. Extremidades inferiores en forma de garra, acortamiento y pie equino varo. CCE es poco frecuente. Es importante tener en cuenta este diagnóstico cuando se presenta eventración visceral y cordón umbilical corto ya que la causa no es genética. Diversos autores han documentado que no todos los casos presentan encefalocele o exencefalía. La mayor parte de los casos revisados en la literatura se presentan en madres jóvenes con una media de 16 años.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Pathol Res Part 2000;196(11):783-90.
- J Mater Fetal Neonatal Med 2002;12(2):132-7.
- Fetal Pediatric Pathol 2007;26(3):135-31.

#### **Lesión hipóxico-isquémica perinatal tipo status marmoratus en tálamos y masas grises con manifestación clínica de síndrome de west. Presentación de un caso de autopsia**

*Marco A. Rodríguez Florido, Jorge Pérez Espinosa, Mario Reséndiz Morán, Patricia Vázquez Hernández, Julia Martín Sandria, Virgilia Soto Abraham, Laura Chávez Macías, Juan E Olvera Rabiela*

Unidad de patología, Hospital General de México y Facultad de Medicina, UNAM.

El síndrome de West o espasmos infantiles (Blitz-Nick-Salaam-Krämpfe) se clasifica dentro de las crisis generalizadas criptogénicas o sintomáticas, como un síndrome epiléptico especial. Fue descrito magistralmente por William James West, en su hijo, durante el siglo XIX. Se caracteriza por una tríada que incluye: crisis breves recurrentes tipo Salaam con flexión del tronco y las extremidades que semeja un saludo musulmán, alteraciones electroencefalográficas con espigas continuas de 3 Hz en un patrón llamado hipsarritmia o disritmia montañosa, y detención del desarrollo mental. Las crisis inician pocos meses después del nacimiento y pueden desaparecer a los 4 o 5 años; sin embargo pueden continuar con crisis de otro tipo o preceder al síndrome de Lennox-Gastatut; generalmente responden bien a las benzodiacepinas, pero esto no impide el retraso mental. La resonancia magnética (RM) puede ayudar al diagnóstico. Se presenta el caso de un niño de 7 años, con crisis convulsivas desde los tres meses de nacido. Fue diagnosticado mediante EEG en el Hospital La Raza, IMSS; continuó con rehabilitación en el hospital Magdalena de las Salinas y fue manejado durante tres años por medio del Teletón. Se notó prontamente la falta de desarrollo mental. Tres días antes de su muerte presentó irritabilidad, diaforesis, polipnea y fiebre. Permaneció internado algunas horas en el Hospital General y murió con insuficiencia ventilatoria. En la autopsia se encontró neumonía de focos múltiples e hiperplasia de los ganglios del hilario y mediastino. El cerebro pesó 830 g. Se notó el hemisferio cerebral izquierdo más pequeño, el cuerpo calloso delgado y

ambos pulvinares de color blanco y consistencia dura. Los hipocampos y las folias cerebelosas disminuidos de volumen. En los cortes histológicos lo más notorio es la pérdida de neuronas en núcleos talámicos y de masas grises, con prominencia aparente de la sustancia blanca y mineralización de neuronas residuales. También presentó cambios secundarios a las crisis, como esclerosis hipocámpica y pérdida de neuronas de Purkinje, con gliosis de Bergmann. En el síndrome de West se ha documentado en algunos casos por RM, y en muy pocos en autopsia, la presencia de displasia cortical, especialmente microdisgenesia, que en este enfermo no se encontró. Es posible que la lesión talámica haya ocasionado en este niño el síndrome de West. Se documentaron además los cambios secundarios a epilepsia crónica. Es de suma importancia estudiar los encéfalos post mortem en enfermedades semejantes, para hacer correlación de hallazgos y mecanismos de enfermedades.

#### **Exactitud diagnóstica de la citología cervicovaginal con hisopo comparado con la citobrocha**

*SG Melo, MP Trujillo GD García, RJ Casas, G Domínguez*

El cáncer cérvico uterino en Veracruz, es la primera causa de muerte en las mujeres veracruzanas, hasta ahora el programa de salud no ha cumplido las expectativas, de ahí que surgen la necesidad de demostrar la utilidad de nuevas técnicas para el diagnóstico de lesiones incipientes, que pueden ser empleadas a bajo costo con buena exactitud diagnóstica. **Objetivo:** determinar la Exactitud de la cito-

brocha comparada con los hisopos en la toma de citología cervico vaginal para estudio de lesiones incipientes.

**Material y métodos:** se estudiaron 200 mujeres, de 20 a 59 años de edad, de consulta de primera vez con estudio de citología tradicional tomadas con hisopo y con citobrocha para comparar la exactitud diagnóstica. Buscar sensibilidad y especificidad.

**Resultados:** la exactitud diagnóstica de la citobrocha fue mayor de 90%. La exactitud diagnóstica del hisopo fue de 40%. **Conclusiones:** se prueba que la citología tradicional es mejor tomada con citobrocha ya que se obtienen muestras con mas material, mejor preservado con mayor número de células cilíndricas y de células de metaplasia escamosa.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lazcano P, et al. Cáncer del cuello uterino. Una perspectiva histórica. Ginecol Obstet Mex 1994;62:40-47.
2. Salmeron Castro J, Franco Marina F y col. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1991-1995. Salud Publica Mex 1997;39:266-73.
3. Mohar A, Farias M. Epidemiología del cáncer. En: Manual de Oncológica. INCAN. 2<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill, p:9-22.
4. Lazcano Ponce y col. Factores de riesgo reproductivo y cáncer cervicouterino en la ciudad de México. Salud Publica Mex 1993;35:65-78.

#### **Infartos cerebrales asociados a enfisema pulmonar. Segunda parte**

*Jorge Pérez Espinosa, Mario Reséndiz Morán, Laura Chávez Macías, Juan E. Olvera Rabiela*

Unidad de Patología. Hospital General de México y Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México.

El infarto cerebral (IC) es definido como un área circunscrita desvitalizada, que resulta de uno o varios fenómenos de hipoxia-isquemia, secundarios al cese del flujo sanguíneo. Los infartos son consecuencia de trombosis o embolia, arteriales o venosos. La causa más frecuente en la mayoría de las series es la trombosis de arterias afectadas por ateroesclerosis. En otros trabajos se ha demostrado que en la población del Hospital General de México la causa más frecuente de IC es la oclusión embólica, asociada a trombosis de válvulas cardiacas en fiebre reumática y seguida de émbolos asociados a trombosis mural en infartos del miocardio. En ausencia de los factores predisponentes encontrados habitualmente en infarto cerebral arterial de origen embólico, ya mencionados, se ha hecho notoria la presencia de enfisema pulmonar en los casos de autopsia, razón por la que se efectuó el presente trabajo, continuación del presentado en el 50 Congreso de la AMP en Guanajuato.

**Material y métodos:** se estudiaron 11,673 protocolos de autopsia en los que se vio que en 925 casos (8%) se describieron infartos cerebrales, de los cuales 503 (54%) fueron del sexo femenino y 422 (46%) del sexo masculino. El decenio de la vida con mayor número de casos fue el octavo. La primera alteración patológica fue la hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo (hipertensión arterial) y el cuarto lugar el enfisema pulmonar. El territorio arterial más afectado fue el de la arteria cerebral media. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en particular el enfisema pulmonar, es un factor de riesgo importante para los infartos

cerebrales. Las explicaciones a este hecho podrían ser la hiperglobulinemia secundaria a las alteraciones del flujo de aire del enfisema y que trae como consecuencia estasis sanguínea; y por otro lado alteraciones cardíacas por la resistencia aumentada de la circulación menor, trastornos del ritmo como el bloqueo aurículo-ventricular y discinesia miocárdica que condicione la formación de trombos, con la consecuencia de embolias arteriales e infarto cerebral. Es interesante que el enfisema pulmonar no se menciona frecuentemente como factor predisponente claro asociado a infartos cerebrales en la literatura, mientras que en las series de autopsias del Hospital General de México ha sido un hecho constante.

#### **Presentación de tres casos de mielolipomas de glandula suprarrenal**

*Pablo Cesar Aquino López, Paulina del Carmen Leyva Bohorquez, Mónica Velasco Jiménez*

El mielolipoma de glándula suprarrenal es un tumor benigno poco frecuente compuesto de tejido adiposo maduro acompañado de células hematopoyéticas. En las biopsias es necesario realizar el diagnóstico diferencial con una lesión de tipo adiposo regularmente maligna por el tamaño de la lesión, falta de síntomas endocrinos y la edad de presentación.

**Objetivo:** presentar tres casos de mielolipomas de Glándula suprarrenal. Los tres casos se recibieron con el diagnóstico de liposarcoma. Dos de ellos piezas quirúrgicas y uno enviado como biopsia por el tamaño de la lesión. El tejido se procesó de manera habitual y se realizó cortes histológicos teñidos con hematoxi-

lina y eosina. El primer caso: mujer de 62 años con tumor retroperitoneal de predominio derecho que midió 20 x 16 x 7 cm. El segundo caso: mujer de 67 años con tumor retroperitoneal derecho y el tercero de paciente masculino de 52 años, con toma de biopsia de tumor retroperitoneal derecho de 15 x 15 x 8 cm. En los tres casos se observó tejido adiposo maduro, acompañado de islas de células hematopoyéticas. En el tercer caso enviado como biopsia, se observó corteza adrenal lo que facilitó el diagnóstico. Se acompañó de células adiposas y células hematopoyéticas en moderada cantidad así como ausencia de lipoblastos lo que descartó el diagnóstico de envío. Se debe tener conocimiento de la lesión en el caso de tejido enviado como biopsia de tumor retroperitoneal para evitar errores diagnósticos.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Yildiz. Pathol Int 2000;50:502-4.
- Brietta Arch Pathol Lab Med 1994;118:188-90.
- Bennett Am J Clin Pathol 1980;83:443-7.

#### **Síndrome de Meckel Gruber. Presentación de un caso**

*Sandra Rangel Isais, Guillermo Romero Moron, Daniel Saul Lagunas Galeana, Rubén Alejandro Díaz Cervantes*

**Caso clínico:** Femenino de 25 años de edad, 5 gestaciones, 1 parto, 1 cesárea, 2 abortos, ningún hijo vivo, antecedente de malformaciones renales en sus últimos dos hijos. Consanguinidad con su pareja. Acude al servicio de urgencias con embarazo de 19.3 semanas por

amenorrea tipo II, y amenaza de aborto. Hallazgos ultrasonográficos en la evaluación estructural del feto: Fetometría promedio para 17-18 semanas, anhidramnios, defecto óseo y encefalocele occipital pequeño, microcefalia, siluetas renales hipercoicas, aumentadas de volumen en forma importante, a expensas de múltiples microquistes, posterior a amnioinfusión, tórax pequeño, sexo masculino, y sospecha de polidactilia posaxial en ambas manos. Frecuencia cardiaca fetal de 78 latidos por minuto y ausencia de movimientos fetales. **Histopatología:** Descripción macroscópica: en el corte histológico se observa tejido renal en fase nefrogénica, hay nefronas de aspecto normal y múltiples espacios quísticos, rodeados de por epitelio cúbico simple. **Resultados y conclusiones:** el síndrome de Meckel Gruber, es una condición autosómica recesiva, rara y letal, caracterizada por la tríada: Encefalocele occipital, polidactilia y riñones poliquísticos. Con amplia variedad fenotípica, pero en presentación, quistes o fibrosis hepática, micrognatia, microcefalia, hidrocefalia, hipoplasia cerebelosa, agenesia cuerpo calloso, poliesplenia, labio o paladar hendido, genitales ambiguos. Se ha localizado el gen responsable en 17q21-q24. Nuestro caso presentó la tríada clásica del síndrome, además de microcefalia, micrognatia, e implantación baja de orejas. Su diagnóstico es importante, tanto en el manejo del embarazo afectado como para la asesoría genética a los padres sobre su riesgo de recurrencia del 25%. La mayoría de los fetos fallecen in utero o durante las primeras horas de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sepúlveda W, Sebier NS, Nicolaides KH. Diagnosis of Meckel-Gruber syndrome at eleven to fourteen week's gestation. Am J Obstet Gynecol 1997;176:316-9.
2. Braithwaite JM, Economides DL. First-trimester diagnosis of Meckel-Gruber syndrome by transabdominal sonography in a low-risk case. Prenat Diagn 1995;15:1168-70.

## Correlación clínico-cito-histológica en neoplasias foliculares de tiroides

Ana María Cano Valdez, Ana Olivia Cortés Flores, Karina Ordóñez Pantoja, Rita Sotelo-Regil Hallman, Hugo R. Domínguez Malagón  
Instituto Nacional de Cancerología, México.

**Introducción:** el cáncer de tiroides constituye < 1% de las neoplasias malignas, con incidencia de 0.004% por año. En nuestra Institución, el carcinoma papilar (CP) constituye el 80.3% de neoplasias tiroideas, mientras que el carcinoma folicular (CF) ocurre en el 2.4%. Aunque las neoplasias tiroideas malignas son un evento relativamente raro, los nódulos tiroideos (NT) son un fenómeno frecuente. Sin embargo, solamente 5-30% de NT son neoplásicos y requerirán tratamiento quirúrgico. Los NT indeterminados ocurren en 10-25%. Por lo tanto, es indispensable realizar una evaluación precisa para evitar una cirugía innecesaria. Por otro lado, el diagnóstico diferencial citológico entre adenoma folicular (AF) y CF es difícil, debido a que los criterios establecidos (invasión capsular o vascular) no están basados en características celulares, por lo tanto, se usa el término genérico

“neoplasia folicular” (NF) para designarlos. **Objetivos:** identificar los casos con diagnóstico citológico de NF, correlacionarlos con el diagnóstico histológico final y analizar las variables clínicas relacionadas con la probabilidad de malignidad. **Material y métodos:** Se analizaron los archivos del Departamento de Cabeza y Cuello para identificar los casos con diagnóstico citológico de NF. Se revisaron los extendidos citológicos y se correlacionaron con las preparaciones histológicas en HE en los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico. Se realizaron 2 grupos de pacientes de acuerdo al diagnóstico definitivo (benigno y maligno). Las variables cuantitativas se analizaron con pruebas de estadística descriptiva y el análisis comparativo entre los grupos se efectuó con estadística inferencial mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes. **Resultados:** se identificaron 121 casos de “NF” entre 1005 BAADs de nódulos tiroideos realizadas en un periodo de 5 años. Solamente 75 pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico, 14 hombres (19%) y 61 mujeres (81%). El diagnóstico definitivo fue: benigno en 45 (60%) casos (29 bocios nodulares, 11 AF y 5 tiroiditis) y maligno en 30 (40%) casos (15 CP, 4 CF, 1 linfoma, 1 teratoma, 5 carcinomas medulares, 2 carcinomas poco diferenciados, 1 carcinoma anaplásico y 1 carcinoma metastásico). El tamaño tumoral fue de 3.43+2.04cm en los tumores benignos y 4.67+2.78cm (*p* = 0.049) en los malignos. La edad de presentación fue 46.95+15.39a en el grupo benigno y 48.67+17.28a en el grupo maligno (*p* = 0.66, rango 17-87a). 50% de los pacientes masculinos tuvieron neoplasias malignas, vs 37.7% en mujeres.

**Conclusiones:** el sexo masculino y el tamaño tumoral > 4 cm se identificaron como factores predictivos para un diagnóstico final de malignidad en pacientes con diagnóstico citológico de NF, los cuales concuerdan con los resultados publicados previamente en la literatura internacional. Sin embargo, otros parámetros como edad y exposición previa a radioterapia no fueron estadísticamente significativos en nuestro estudio.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Predictive value of FNAC of the thyroid in the classification of follicular lesions. *Cancer* 1993;71:2598-603.
2. Berner A, Sigstad E, Pradhan M, Groholt K, Davidson B. Fine-needle aspiration cytology of the thyroid gland: comparative analysis of experience at three hospitals. *Diagn Cytopathol* 2006; 34:97-100.
3. Kapur U, Wojcik E. Follicular neoplasm of the thyroid- vanishing cyto-logic diagnosis? *Diagn Cytopathol* 2007;35:525-8.
4. Her-Juing H, Jones J, Osman J. FNAC of the thyroid: ten years experience in a community teaching hospital. *Diagn Cytopathol* 2006;34:93-96.

#### Técnica de conservación húmeda de especímenes humanos para museo de anatomía patológica

Rubén Alejandro Díaz Cervantes, María Antonia Serrano Espinosa, Sandra Rangel Isais, Daniel Lagunas Galeana, Josefina Baeza Yepez

**Introducción:** la conservación de especímenes humanos y animales es una práctica tan vieja como la especie humana, que va desde la momificación o preservación seca de cadáveres, hasta las técnicas en plástico presentadas en la actualidad. La técnica de conservación húmeda, descrita inicialmente en el siglo XV

por Boyle, quien utilizó etanol como conservador, fue evolucionando hasta el descubrimiento del formaldehído empleado hasta nuestros días. Se presenta una modificación en la técnica húmeda, que consiste en combinar reactivos con acción desinfectante, deshidratante, aclarante, antimicóticos y soluciones Buffer, manteniendo un pH óptimo para la conservación, y una densidad adecuada para una mayor consistencia del tejido. De tal manera que gracias a los bajos costos y a la sencillez de esta técnica, puede ser empleada en hospitales y universidades con la finalidad de conservar especímenes y ser modelo de enseñanza en cátedras de anatomía humana y patología. **Material y métodos:** se utilizaron 250 especímenes humanos, contenedores de acrílico, formaldehído al 37.7%, acetato de sodio anhidro, glicerina, ácido fenico, etanol, cloruro de metileno y agua bidestilada. Utilizando el método de conservación húmeda de acuerdo a la fórmula modificada por los autores. **Resultados:** se logró la conservación de 250 especímenes humanos con la solución base, manteniendo un pH óptimo, con efecto desinfectante, impidiendo proliferación bacteriana o micótica, y favoreciendo la formación de enlaces cruzados en proteínas terciarias del tejido, punto clave en la técnica, lo que evita la autólisis y descomposición del mismo. Finalmente exponer estéticamente el espécimen para su observación macroscópica con fines de enseñanza. **Conclusiones:** la técnica de preservación húmeda, modificada por los autores, representa una forma sencilla y de bajo costo para conservar especímenes humanos, al alcance de cualquier universidad favoreciendo la enseñanza de la materia.

#### Liposarcoma de cavidad oral

María Guadalupe Torres Núñez, Isabel Alvarado Cabrero, Jazmin de Anda González, Leonardo Flores Yanez

El liposarcoma de cabeza y cuello, representa el 5 a 9 % de los tumores de cabeza y cuello. El liposarcoma de cavidad oral representa únicamente del 2 al 6%. **Objetivo:** describir las características clínico-patológicas de los liposarcomas de cabeza y cuello, en especial de cavidad oral y su diagnósticos diferenciales. **Comunicación de dos casos:** *Caso 1:* mujer de 29 años de edad la cual inició su padecimiento 1 año 6 meses antes, caracterizado por dolor en región molar izquierda, en la tomografía axial computada (TAC), se evidenció la presencia de tumor, en región maxilar izquierda, que infiltra sistema nervioso central y órbita izquierda. Se realizó craneotomía orbito-cigomática izquierda. *Caso 2:* mujer de 42 años de edad que inició su padecimiento un año antes con aumento de volumen en paladar blando, región submandibular derecha y cavidad oral, asociado a dolor intenso, disnea y disfagia. Se realizó maxilectomía derecha con hemimandibulectomía. Ambos casos muestran un especímen constituido por una neoplasia multinodular, amarilla intercalada con zonas calcificadas, la neoplasia en el primer caso rodea las piezas dentarias adyacentes y en ambos la rama del maxilar. Histológicamente en ambos casos se observa una neoplasia constituida por tejido adiposo con variabilidad en el tamaño de los adipocitos y la presencia de lipoblastos. El primer caso presentaba además un patrón mixoide. El liposarcoma

de cavidad oral es raro, el comportamiento clínico está relacionado con la localización del tumor, el subtipo histológico y una adecuada resección de la neoplasia.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Cancer 1995;76:1051-8.
2. Ann Diagn Pathol 2002;6:83-93.

#### Riñón en herradura con carcinoma renal variedad células claras y angiomiolipoma. Presentación de un caso

Dante Díaz Martínez,\* Tania Denisse Quintero Valenzuela,\* Ana Karina Piña Osuna\*\*

\* Médicos residentes en anatomía patológica.

\*\* Anatomopatólogo.

Adscritos en UMAE núm. 25, IMSS, Monterrey, NL.

El riñón en herradura es la anomalía más frecuente de la fusión renal, es una enfermedad congénita que se caracteriza por la fusión del riñón en alguno de sus polos y generalmente corresponde al polo inferior, las neoplasias asociadas al riñón en herradura son poco frecuentes. Su prevalencia es de 1 en 1,000 pares renales y es tres veces más frecuente en hombres que en mujeres. El carcinoma en riñón en herradura fue descrito por primera vez en 1895 por Hildebrand. Hasta el año 2004 se han reportado 111 casos en la literatura: 47% carcinoma de células claras; 28% carcinoma urotelial, 20% tumor de Wilms y 5% sarcomas. El angiomiolipoma renal es un tumor benigno poco frecuente. Constituido por tres componentes, músculo liso, tejido adiposo maduro y vasos sanguíneos. Presentan con

frecuencia crecimiento extrarrenal, hasta 1/3 parte de ellos son múltiples y un 15% bilaterales, siendo esto más frecuente en la esclerosis tuberosa. Hasta 1989 se conocían 12 casos en la literatura de angiomiolipoma y carcinoma de células renales coexistente en el mismo riñón. Femenina de 76 años de edad, con hipertensión arterial de 30 años de evolución en tratamiento. Inicia en Octubre del 2007 con dolor en flanco y fossa renal derecha, hematuria macroscópica total, sin coágulos y perdida de peso de 10 kg en un mes. Se documenta por estudios de imagen (USG, TAC) riñón derecho de 12.6 x 6.9 cm; con masa que ocupa todo el parénquima. Se realizó nefrectomía radical derecha un mes después con hallazgo de riñón en herradura. Reporte histopatológico: carcinoma de células claras Furhman 2 sin invasión a la cápsula con tumor de 7 x 5 cm en polo superior y zona media, límite quirúrgico libre de tumor en polo inferior con dos tumores nodulares de 1.5 cm consistente con angiomiolipoma. Se presenta este caso debido a su baja frecuencia en nuestro medio, con afectación del sexo femenino y su asociación con angiomiolipoma dada la escasez de casos publicados, todavía no es posible saber en qué medida influye en el pronóstico esta asociación. La patogenia del carcinoma de células renales en pacientes con angiomiolipoma, no está clara, aunque se sugiere una base hereditaria.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Hohenfellner M, et al. Tumor in the horseshoe kidney: Clinical implications and review of embryogenesis. J Urol 1992;147:1098-102.
2. Buntley D. Malignancy associated with horseshoe kidney. Urology 1998;8:146-8.

#### Ateroesclerosis acelerada del injerto cardiaco con infartos miocárdicos extensos y múltiples

Ma. Virgilia Soto Abraham,\* Silvia Jiménez Becerra,\* Alberto Aranda Frausto\*

\* Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

**Introducción:** Los medicamentos utilizados para suprimir la reacción inmunitaria normal a un órgano sólido implantado como aloinjerto causan la predisposición predominante a infecciones y neoplasias. La principal limitación actual para el éxito a largo plazo del trasplante cardiaco es la proliferación estenosante difusa progresiva tardía en la íntima de las arterias coronarias (ateroesclerosis acelerada del injerto). Este problema es particularmente grave puesto que puede conducir a un infarto de miocardio silente debido a la denervación, en esta situación el resultado habitual es la insuficiencia cardiaca congestiva o la muerte.

**Descripción del caso:** hombre de 44 con historia de cardiopatía isquémica 9 años previos a su defunción. Fue sometido a alotrasplante ortotópico de corazón con técnica bicaval 7 años antes de su muerte. Fue manejado con esquema inmunosupresor con anti CD25, metilprednisolona, MMF, tacrolimus y azatioprina. Tuvo 3 episodios de rechazo I A de la ISTHL. Un mes antes de su defunción fue sometido a una coronariografía que no mostró lesiones significativas. En el ECG se observaron algunos datos de isquemia anteroseptal. Falleció con datos de choque mixto. En el estudio de autopsia se encontró coronariopatía crónica del injerto (ateroesclerosis acelerada

del injerto) con trombosis reciente de la arteria circunfleja con oclusión total de su luz (distal), infarto antiguo antero-lateral del VI, infarto subagudo del miocardio en la pared lateral del VI, reinfarto en cara anterior y posterior del VI en zonas limítrofes con el infarto subagudo, infarto septal reciente, microinfartos múltiples antiguos. **Discusión:** el rechazo vascular crónico (coronariopatía crónica del injerto, ateroesclerosis acelerada del injerto) es la causa más frecuente de muerte después del primer año del trasplante. Afecta a las arterias coronarias epicárdicas proximales y distales, a las ramas penetrantes de las coronarias e incluso a las arteriolas. Se caracteriza por proliferación concéntrica de la íntima, que puede dar lugar a la oclusión coronaria y a infarto.

#### **Medulopeptelioma de ojo. Informe de un caso**

*Íván Jacinto Cortés, Paulina del Carmen Leyva Bohorquez*

**Introducción:** el medulopeptelioma es el tumor congénito más frecuente del epitelio ciliar. En su crecimiento produce una alteración de la zónula cristaliniana y de la periferia del cristalino similar a un coloboma. Ocasionalmente en su interior aparece cartílago, músculo estriado y glia. Nosotros presentamos un caso en una niña que fue diagnosticada y tratada como glaucoma congénito.

**Resumen clínico:** niña de 5 años de edad que manifestó lesión ocupativa en ojo izquierdo que fue manejado como glaucoma congénito. Creció progresivamente y ocasionó protosis, derrame y pérdida total de la visión. Histológicamente se encontró

una lesión neoplásica constituida por una red de cordones anastomosados de células columnares que se disponen en una sola capa, en otros sitios con presencia de estratificación que se encuentran sobre una capa basal que las separa de pequeños espacios quísticos. **Discusión:** este tumor fue reconocido por Badel y Lagrange que le nombró carcinoma primitivo en 1892. El término medulopeptelioma fue aplicado por primera vez por Grinker en 1931. no produce metástasis pero localmente es invasivo pudiendo exteriorizarse. El diagnóstico clínico correcto precoz evita la realización de biopsias o resecciones parciales que pueden ensombrecer el pronóstico de esta entidad.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Br J Ophthal 1975;59:276.
2. Am J Ophthal 1978;85(6):850-3.
3. Br J Ophthal 1977;61:229-32.
4. Br J Ophthal 1969;53:352.

#### **Aspergillosis y rinoescleroma naso-sinusal con compromiso orbital izquierdo. Una asociación poco habitual. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía**

*María del Rocío Estrada Hernández, Laura Olivia Estrada Hernández, Sara Parraguirre Martínez, María Magdalena Reyes Castro, Ricardo Alonso Cano, Gerardo Escudero Mendoza, Minerva Uribe Serralde, Jonatan Carrasco Casillas, Lizbeth Castro Paez, Gilda Morales Ferrer, Dante Jesús Rivera Zetina, Héctor Manuel Prado Calleros*

Mujer de 85 años, diabética e hipertensa descontrolada que inició su padecimiento dos años antes de su muerte con dolor orbital y diplo-

pía izquierda, efectuándose biopsia incisional de lesión en maxilar izquierdo, al servicio de patología se recibieron múltiples fragmentos de tejido que midieron en conjunto 3 x 2 x 0.6 cm y se identificó por debajo del epitelio respiratorio infiltrado mononuclear con macrófagos espumosos que al realizarse tinción de Warthin Starry se identificaron numerosos microorganismos baciliformes, en áreas más densas se identificó una malla de fibrina con polimorfonucleares y con tinción de PAS se identificaron numerosos microorganismos a manera de hifas con un patrón de corona radiante. Con lo que se efectúa el diagnóstico de rinoescleroma y microorganismos morfológicamente compatibles con *Aspergillus* sp, mismo que se corroboró por un cultivo positivo. La paciente regresó un año después descompensada metabólicamente y con insuficiencia cardiaca, dolor en hemicara izquierda intensa, por estudio de imagen se evidencia lesión intraocular izquierda e herniación parcial del contenido orbital, se dio tratamiento antimicótico sin embargo se deterioró y falleció. *Aspergillus* sp es un contaminante común en los especímenes de laboratorio y el diagnóstico definitivo de una infección por el hongo *Aspergillus* depende de la demostración de la invasión de los tejidos por histopatología y tinciones. Las formas clínicas de aspergilosis invasiva bien demostrada son: a) pulmonar: aspergilosis alérgica (alveolitis alérgica extrínseca o aspergilosis bronquialveolar alérgica y aspergilomas (masas formadas por elementos hifales o hifas, fibrina y moco) y b) Diseminación extra-

pulmonar con involucro del SNC, compromiso digestivo (estómago, intestino delgado y orofaringe), piel y tejidos blandos (úlceras necrotizantes), osteomielitis y pericarditis. Puede involucrar diafragma, tiroides, hígado, glándulas adrenales,, bazo, peritoneo y vejiga urinaria. *Aspergillus* es un saprofita común en pacientes inmunocomprometidos por cáncer o alguna otra inmunodeficiencia primaria o secundaria. Los pacientes con cáncer con neutropenia prolongada primaria o por quimioterapia (citotoxicidad) son particularmente susceptibles a la infección. Los pacientes que reciben grandes dosis de corticoesteroides u otras drogas inmunosopresoras o que cursan con alguna enfermedad granulomatosa crónica tienen un riesgo más incrementado. A los pacientes con algún tipo de cáncer son 23 veces más susceptibles. Pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana son susceptibles hasta 50 veces más.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Reese R, Bettss R. A practical approach to infectious diseases. 6<sup>th</sup> ed. Little & Brow and Company, 2006.

#### Esteatosis aguda del embarazo (informe de dos casos de autopsia)

*Gerardo Aristi Urista,\* Marzia Bezzzerri Colonna\*\**

\*Servicio de Patología, Hospital General de México y Universidad Nacional Autónoma de México.

\*\*Servicio de Patología, Hospital General La Villa, SS del DF.

La enfermedad hepática durante el embarazo puede deberse a un padecimiento preexistente, coincidente, o relacionado directamente con la

gestación. Sólo un pequeño número de pacientes embarazadas (aproximadamente 0.1 %) desarrollan enfermedades hepáticas atribuibles al embarazo, como son: colestasis intrahepática, preeclampsia-síndrome de HELLP y esteatosis aguda del embarazo (EAE). Los casos graves de las dos últimas pueden ser mortales. La EAE fue descrita inicialmente por Stander y Cadden en 1934 como "atrofia aguda amarilla del hígado" y posteriormente como una entidad clínica específica por Sheehan en 1940.<sup>1,2</sup> También se le llamó en el pasado "metamorfosis grasa hepática aguda, obstétrica".<sup>3</sup> Es una entidad rara (1:13,000 partos), que ocurre durante el tercer trimestre de la gestación y tiene gran mortalidad materna y perinatal, que oscila entre 10-20%. Aunque su causa sigue siendo desconocida, en fecha reciente se ha documentado la asociación patogénica y la sobreposición clínica de esta enfermedad con una forma grave de preeclampsia denominada síndrome de HELLP, que ocurre también en el tercer trimestre de la gestación. Se ha demostrado, en ambas enfermedades, asociación con disfunción mitocondrial fetal, particularmente mutaciones autosómicas recesivas en genes de enzimas que participan en la degradación de ácidos grasos.<sup>4</sup> Presentamos dos casos de autopsia de esteatosis aguda del embarazo con manifestaciones clínicas e histopatológicas características. Ambos ocurrieron en primigestas jóvenes durante el tercer trimestre de la gestación, cursaron con ictericia, insuficiencia hepática aguda, encefalopatía metabólica, hiperbilirrubinemia, elevación moderada de

aminotransferasas, hipoglicemia, alargamiento de tiempos de coagulación además de plaquetopenia, leucocitosis y anemia. En el estudio microscópico del hígado se encontró esteatosis microvesicular de predominio centrolobulillar.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Stander HJ, Cadden JF. Acute yellow atrophy of the liver in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1934;28:61-69.
- Sheehan H. The pathology of acute yellow atrophy and delayed chloroform poisoning. J Obstet Gyneco Br Emp 1940;47:49-62.
- Sandhu BS, Sanyal AJ. Pregnancy and liver disease. Gastroenterol Clin 2003;32:407-36.
- Treem WR. Mitochondrial fatty acid oxidation and acute fatty liver of pregnancy. Semin Gastrointest Dis 2002;13:55-66.

#### Linfomas primarios de los anexos oculares: Estudio de 103 casos

*Abelardo A. Rodríguez-Reyes, Sonia Corredor-Casas, Dolores Ríos y Valles-Valles, Héctor A. Rodríguez-Martínez, Alfredo Gómez-Leal, Ofelia Pérez-Olvera, Carmen Lome-Maldonado*

Los anexos oculares incluyen la conjuntiva, los párpados, la glándula lagrimal, los tejidos blandos orbitarios y el saco lagrimal. Alrededor del 2% de todos los linfomas y aproximadamente el 8% de los linfomas extraganglionares, se originan en los anexos oculares. Estos últimos también pueden afectarse en forma secundaria por linfomas originados en otros sitios; se estima que un 5% de pacientes con linfomas no Hodgkin presentan involucro de los anexos oculares durante el curso de su enfermedad. **Objetivo:**

conocer la frecuencia de los diferentes tipos de linfomas de los anexos oculares (LAO) en un hospital de concentración oftalmológica de pacientes mexicanos, mediante el uso de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (WHO). **Material y métodos:** se recopilaron todos los casos con diagnóstico histopatológico de LAO de los archivos del Servicio de Patología Oftálmica de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México, IAP, en un período de 50 años (1957-2007). Se reevaluaron las laminillas de todos los casos con tinciones de hematoxilina- eosina, PAS y en algunos casos con tricrómico de Masson. La mayoría de los casos contaban con estudio de inmunohistoquímica. Todos los casos fueron reclasificados utilizando la clasificación de la WHO. **Resultados:** se encontraron un total de 103 LAO, 63 mujeres y 38 hombres, con una edad promedio al momento del diagnóstico de 57 años. De todos los casos, 41 se localizaron en la órbita, 34 en la conjuntiva, 8 en el párpado y 10 en otros sitios. El tipo más frecuente fue el linfoma extraganglionar de la zona marginal / MALT (68%), seguido del linfoma difuso de células grandes B (8%) y en tercer lugar con igual número de casos el linfoma de células del manto (6%) y el linfoma de células pequeñas (6%). La mayoría de los pacientes se encontraban en estadios clínicos tempranos. **Conclusiones:** los LAO son más frecuentes en adultos mayores, tienen predilección por mujeres, la mayoría corresponden a linfomas de bajo grado de células B (LEZM/MALT) y se encuentran en estadios clínicos tempranos (IE) al momento del diagnóstico.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Ophthalmology 1998;105:1430-1441. Br J Ophthalmol 2001;85:63-69.
- Croat Med J 2004;45:328-332. Am J Surg Pathol 2007;31:170-184.

#### Carcinoma sebaceo extra-ocular. Reporte de dos casos

*Duare García Ramírez, María Irene Rivera Salgado, Pedro Mario Pasquel García Velarde, Martha Leticia Llamas Ceras*

El carcinoma sebáceo es una neoplasia maligna que proviene de las glándulas sebáceas y ocurre más frecuentemente en los párpados.

El carcinoma de células sebáceas se presenta en pacientes entre 60 y 80 años, más frecuentemente en mujeres. Se ha llegado a asociar con nevos sebaceos aunque se considera raro. De proximadamente 400 casos reportados hasta el 2004 solo 19 se localizan en la nariz. **Caso 1:** masculino de 72 años que acude en el mes de septiembre del 2007 por presentar una lesión exofítica fungante, ulcerada de bordes bien delimitados de 7.5 x 7 cm en cara posterior de pierna izquierda, la cual es resecada completamente. Es diagnosticado como carcinoma sebáceo fungante y ulcerado que se extiende a la dermis profundas a nivel del límite del tejido subcutáneo. Con intensa invasión vascular. Dos meses después acude nuevamente por presentar una lesión en pantorrilla izquierda la cual es sobrelevada y media 2.8 x 2 cm. A la exploración física se palpa crecimiento ganglionar en región inguinal ipsilateral, es programado para disección inguinal y resección de lesión en pantorrilla. En este caso se encontró un carcinoma sebáceo

recidivante y en la disección inguinal se encontraron 15 ganglios linfáticos de los cuales dos de ellos resultaron positivos a metastasis de carcinoma, el mayor de 3 cm. **Caso 2:** mujer de 77 años que acude por presentar neoformación cutánea en región nasogeniana derecha de 1 cm de diámetro con bordes elevados de tinte café-negro-azul de bordes regulares con diagnóstico clínico de carcinoma basocelular; el cual es resecado completamente. Histológicamente se encontró un carcinoma sebáceo asociado a queratosis seborreica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Bailey JW, Zimmerman MC, Avnstein DP, Wollman JS, Mickel RA. Sebaceous carcinoma of the head and neck. Case report and literature review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 118: 1245-1249
- Dasgupta S, Scott A, Skinner DW. Sebaceous carcinoma of the nasal vestibule. J Laringol Otol 2004 May; 118(5):374-6

#### Utilidad diagnóstica del estudio citomorfológico del bloque celular comparado con citología convencional en líquidos de ascitis

*Hortencia Yanet Valdez Mendieta, Rita Sotelo Regil-Halmann, Margarita Ibarra del Río, Lorena Flores Hernández*

La literatura reporta que aumenta la sensibilidad diagnóstica en líquido de ascitis con bloque celular e inmunohistoquímica hasta 68%. **Objetivo:** conocer la utilidad del bloque celular comparado con citología convencional. **Material y métodos:** todos los líquidos de ascitis recibidos en el departamento de citopatología del Instituto Nacional de Cancerología

de marzo del 2007 a enero 2008, y se realizó bloque celular. Se recolectaron 100 casos, 86 mujeres y 14 varones, las edades oscilan entre 22 años y 79 años. Se encontró que: 97 tuvieron material adecuado en el BC, 3 sin material; 72 casos fueron verdaderos negativos, 6 Verdaderos positivos, 19 falsos negativos y 0 casos como falsos positivos. **Resultados:** en el análisis estadístico se obtuvo una sensibilidad de 24 y especificidad de 100. Se encontró que en 19 % se diagnosticó evidencia de malignidad, que en la citología convencional no fueron diagnosticados. Así como estudios adicionales de inmunohistoquímica e histoquímica, que aumentó la sensibilidad diagnóstica a un 68%.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Diagn Cytophatol 1994;10:256-62.
2. Acta Cytol 1990;34(4):491-6.
3. Surg Gynecol Obstet 1994;89:478-85.
4. Cancer 2005;8:948-50.
5. Acta Cytol 1976;20(4):394-9.

#### Adenocarcinoma endometrioide tipo pilomatrixoma de ovario. Presentación de un caso

*EI Lara Carrera, MD Pérez Montiel Gómez, HR Domínguez Malagón, JG Chanona Vilchis*

Departamento de Patología Quirúrgica, Instituto Nacional de Cancerología. México.

Mujer de 46 años de edad posmenopausica, con menarca a los 10 años, gesta 0, FUM 12/12/06 y antecedente de resección de quistes ováricos seis años antes. Inicia su padecimiento actual con dolor abdominal de tipo súbito. Fue sometida a laparatomía

exploradora, encontrando ascitis de 1800 cc, así como tumor en ovario derecho el cual se encuentra adherido e infiltraba a la pared uterina y de intestino delgado. El tumor midió 15 x 15 cm, de superficie externa anfractuosa, al corte era sólido y quístico, con presencia de material pastoso de color blanco amarillento, alternando con zonas de necrosis y hemorragia. En el estudio histopatológico se observó una neoplasia epitelial maligna constituida por un extenso componente escamoso con queratinización, alternando con áreas en las que las células mostraban un aspecto basaloide. Se identificaron, además, zonas en las que las células mostraron poca afinidad tintorial adoptando aspecto de células "fantasma". En forma focal la neoplasia adoptaba un patrón glandular de tipo endometriode. En el estudio de inmunohistoquímica las células neoplásicas resultaron positivas para citoqueratina 14 y vimentina. Negativas EMA y con estos hallazgos se emitió el diagnóstico de adenocarcinoma endometriode tipo pilomatrixoma. El caso que se presenta corresponde al segundo que se informa en la literatura y su denominación se debe a la semejanza que guarda con el pilomatrixoma. Los criterios diagnósticos incluyen la presencia de áreas escamosas con diversos grados de queratinización, alternando con células de aspecto basaloide y células tipo "fantasma". Pudiendo ser la transición entre los diferentes componentes de tipo gradual o abrupta. En el caso previamente informado se demostró, además diferenciación neuroendocrina. El diagnóstico diferencial incluye al carcinoma epidermoide

primario o metastásico de ovario, así como al teratoma con áreas de tipo pilomatrixoma de cual existe un caso informado en la bibliografía.

#### Concordancia del diagnóstico clínico y anatomo-patológico en necropsias

*Elia Yadira Peniche, María Eugenia Galindo Rujana, Guillermo Gómez Campos*

El examen postmortem puede confirmar los diagnósticos clínicos, o revelar patologías que pasaron desapercibidas, por la clínica o por estudios de imagen. La autopsia continúa siendo o debería seguir siendo, un pilar vital en la educación médica, y un indicador de la calidad de la misma. **Objetivo general:** evaluar los cambios en la exactitud diagnóstica de nuestro hospital en las últimas dos décadas. **Material y métodos:** se revisaran autopsias del archivo de patología del HECMR de 1985 a 2004. Se revisaran 150 protocolos del 1 de enero de 1985 al 31 de diciembre de 1994 y 125 protocolos del periodo del 1 de enero de 1995 al 31 de diciembre de 2004. Se registraran los datos: número de autopsia, edad, género, hospital y servicio que solicita la necropsia, los tres diagnósticos clínicos y anatomo-patológicos principales y los diagnósticos concomitantes. Se analizarán, de manera independiente por dos médicos patólogos del HECMR. Se clasificaron las discrepancias entre el diagnóstico clínico y anatomo-patológico, en mayores y menores, de acuerdo a los criterios de Goldman modificada por Battle. **Resultados:** el error mayor disminuyó significativamente de 29 a 13% durante los

períodos de tiempo analizados ( $p = 0.007$ ), el error diagnóstico menor se incrementó significativamente. Para las enfermedades cardiovasculares hubo un incremento en la precisión diagnóstica, a consecuencia de disminución significativa de los falsos positivos. La sensibilidad para el diagnóstico de enfermedades infecciosas incrementó significativamente de 25 a 85%. Para las enfermedades neoplásicas la sensibilidad y la especificidad fue alta en la primera década y se incrementó ligeramente pero no significativamente en la segunda década. **Conclusiones:** se observó una buena correlación clínico patológica y similitudes con la literatura revisada. La mayoría de las autopsias realizadas fueron con fines académicos.

#### **Mielolipoma. Reporte de 4 casos**

*Ruben Arturo Jiménez Morales, Blandina Hernández Cruz, Isabel Alvarado Cabrero, Narciso Hernández Toriz, Sonia Tavares García*

El mielolipoma de glándula suprarrenal es una neoplasia benigna, compuesta por células hematopoyéticas en diferentes grados de madurez y tejido adiposo maduro; endocrinamente inactiva, descubierta por Gierke en 1905 y nombrado así en 1922 por Oberling. Se comunican 4 casos de mielolipoma y se revisa la literatura. Los pacientes fueron dos hombres y dos mujeres; los hombres de 41 y 51 años de edad con tumores retroperitoneales del lado derecho y las mujeres de 44 y 56 años de edad esta última en vigilancia por carcinoma ductal de glándula mamaria, ambas presentaban tumores retroperitoneales una de lado derecho

y otra izquierdo. Los tamaños de los mielolipomas fueron de 14, 12, 10 y 7 cm de diámetro mayor. En Estados Unidos la incidencia de mielolipomas es de 0.08 a 0.2% y algunos casos son detectados incidentalmente durante estudios de imagen realizados por otra causa.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Clinical Radiology 2000;402-4.
2. The Journal of Urology 1995;153: 1791-3.

#### **Linfoma de células grandes B con morfología anaplásica rico en neutrófilos. Diagnóstico diferencial con linfoma de Hodgkin**

*Guillermina Lara Cuervo, María Evelin Cortés Gutiérrez, Enoe Quiñónez Urrego, Guadalupe Juárez Lara, Mauricio Méndez Arellano*  
Hospital Juárez de México

El linfoma difuso de células grandes B variante anaplásica se caracteriza por células grandes, núcleos pleomórficos semejando células Reed-Sternberg con disposición cohesiva o patrón sinusoidal de crecimiento. La presencia de abundantes neutrófilos no es común en esta entidad. **Objetivo:** revisar las características morfológicas de esta neoplasia, inmunofenotipo, y presentación rica en neutrófilos. Hombre de 54 años. Un año antes de su ingreso presentó tumor en región cervical derecha de 5 cm, 6 meses posteriores presenta pérdida de 10 kg, adenomegalias axilares e inguinales ipsilaterales. Laboratorio: Hb 10.3, Hto 30.5, leucos 27.3, neutros 2 x 103, AFP 1.9, DHL 320 U/L, FA 169 U/L. Se tomó biopsia ganglionar. **Histología:** pérdida parcial de arquitectura ganglionar, con células

atípicas, núcleos pleomórficos semejando células de Reed-Sternberg en grupos cohesivos y patrón sinusual con abundantes neutrófilos de más de 50% por campo. Inmunohistoquímica: células grandes positivas: CD20, CD45, CD30, LMP1; negativas para CD3, CD45 RO, EMA, CD15 y ALK. El linfoma de células grandes B anaplásico es una entidad bien descrita, pero la presencia rica en neutrófilos no ha sido estudiada. Existe un reporte de 17 casos de linfomas de células grandes anaplásico T rico en neutrófilos, en donde una respuesta inflamatoria a la neoplasia o secundaria a liberación de neutrófilos por células endoteliales, macrófagos o células tumorales es considerada. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con Linfoma de Hodgkin ya que el tratamiento y el pronóstico es diferente.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Neutrophil rich anaplastic large cell lymphoma. Presenting in the skin. Naoko Kato, Osamu Mizuno, Key Ito, Kimuro Kimura, Mashaito Shibata. Am J Dermaopathol 2003;25(2):142-7.

#### **Tumor carcinoide atípico de laringe. Informe de caso**

*Guillermina Lara Cuervo, Ma. Evelin Cortés Gutiérrez, Enoe Quiñónez Urrego, Guadalupe Juárez Lara, Mauricio Méndez Arellano*  
Hospital Juárez de México

Los tumores neuroendocrinos de laringe comprenden menos del 1% de las neoplasias primarias, ocupan el segundo lugar después del carcinoma escamoso. Se clasifican en carcinoide típico (bien diferenciado), atípico (moderadamente diferenciado) y de

células pequeñas. El carcinoide atípico presenta una supervivencia de 5 a 10 años con metástasis a pulmón, hígado y hueso (43%), siendo la primera opción terapéutica la laringectomía total o parcial. **Objetivo:** revisar las características clínico-patológicas de un tumor carcinoide destacando la contribución de la inmunohistoquímica para su diagnóstico. Mujer de 61 años con disfagia de 6 meses y pérdida ponderal de 8 kg en 3 meses. **Laringoscopía:** tumor de 5 x 4 cm en repliegue aritenoepiglótico. Se sometió a resección tumoral. Macroscópicamente nódulo bien circunscrito. **Histología:** neoplasia de patrón organoide, con células pleomórficas, núcleo evidente, mitosis abundantes, cromatina granular, positivas a EMA, cromogranina, sinaptofisina, calcitonina, CKAE 1/3, negativas a TTF-1 y PS100, se diagnosticó como carcinoide atípico de laringe. El tumor carcinoide atípico de laringe es raro, siendo de vital importancia el diagnóstico diferencial con otras neoplasias primarias de laringe tales como el paraganglioma o el carcinoma medular de tiroides por las implicaciones pronósticas y terapéuticas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ann Gillenwater, Jan Lewin, Dianna Roberts y Adel El-Naggar. Moderately differentiated neuroendocrine carcinoma (atypical carcinoid) of the larynx: a clinical aggressive tumor. *Laryngoscope* 2005;115:1191-5.

#### Frecuencia de carcinoma epidermoide de vejiga en un periodo de 8 años en el Hospital General Manuel Gea González

*Sara Parraguirre Martínez, Gerardo Escudero Mendoza, Ma. Magdalena*

*Reyes Castro, Ricardo Alonso Cano, Lizbeth Castro, Mariana Veneroso, Brenda González, Rubén D. Pérez, Minerva Uribe, Jonatan Carrasco*  
Hospital General Dr. Manuel Gea González.

El carcinoma epidermoide de vejiga: constituye menos del 5% de neoplasias de este órgano (1.3% hombres y 3.4% mujeres), predomina en África, asociado a schistosomiasis. El diagnóstico de un tumor primario de esta morfología se basa al encontrar metaplasia escamosa queratinizante en el urotelio. Presentación de dos casos registrados durante los últimos 8 años, de carcinoma epidermoide de vejiga. **Caso 1:** carcinoma epidermoide de vejiga, invasor, con permeación vascular sanguínea, linfática, invasión perineural, metástasis a pulmón, pericardio y con carcinoma in situ en fondo vesical. Mujer de 64 años con sangrado uterino, “salida de coágulos por vagina”, hematuria y hematemesis. USG y TAC abdominopélvica: masa pélvica. EF: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación con masa en mesogastrio, de 15 x 15 cm. Tacto vaginal: cervix central, duro, doloroso a la movilización y masa de 1 x 1 cm. Tacto rectal: ámpula ocupada por masa de 7 x 7 cm, no móvil y dolorosa a la palpación. *Cistoscopia:* coágulos sanguíneos. *Citología cervicovaginal:* células glandulares atípicas. **Caso 2:** carcinoma epidemoide de vejiga con invasión de pared y tejidos blandos perivesicales en hombre de 43 años con hematuria macroscópica. **Caso 1:** *Hallazgos de autopsia:* vejiga lesión neoplásica en pared anterior y fondo. Cervix con orificio externo

no permeable y lesión polipoide. Microscópicamente: de la mucosa hasta la serosa de la vejiga hay proliferación de células neoplásicas malignas dispuestas en mantos, pleomórficas, de citoplasma eosinófilo con zonas de queratinización y necrosis focal. Carcinoma in situ focal en el urotelio. El polípo que protruye por el orificio cervical tiene glándulas endocervicales de forma y tamaño variable, algunas con cambios quísticos, estroma con colágeno y fibras de músculo liso. Sin cambios malignos en cuello uterino. **Caso 2:** al corte de la vejiga urianaria si identifica tumor de 10 x 4.5 x 4 cm compuesto por células neoplásicas malignas, pleomórficas, dispuestas en mantos, con zonas de queratinización, de citoplasma eosinófilo, con puentes intercelulares. La frecuencia de esta neoplasia en nuestro hospital es similar a la reportada en la bibliografía mundial.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Squamous cell carcinoma of the bladder: a clinicopathologic analysis of 45 cases. Lagwinski N., Thomas A., Stephenson AJ. Am J Surg Pathol 2007;(12):1777-87. Department of Anatomic Pathology Cleveland USA.
2. Squamous cell carcinoma of the bladder. Review of our case series. González Resina R, Sánchez Bernal ML. Arch Esp Urol 2006;59(8):785-90. Hospital Universitario. Sevilla, España.
3. Zhou M, Magi-Galluzzi C. Genitourinary Pathology. Churchill Livingstone Elsevier 2007;pp:189-90.
4. Surgical Pathology. Rosai and Ackerman's. Ninth Edition. Mosby. Volume one;p:1340.

**Metástasis pulmonares como manifestación inicial de un sarcoma alveolar de partes blandas**  
*Aldo Antonio Alcaraz Wong, Gerónimo Tavares Macías*

El sarcoma alveolar de partes blandas (SAPB) es una neoplasia maligna de histogénesis incierta que comprende del 0.5 al 1% de los sarcomas en adultos. Se han descrito casos en múltiples localizaciones, pero el 75% tiene como sitio primario las extremidades inferiores. Es de llamar la atención que entre el 30 al 40% de los casos las metástasis son la manifestación inicial y de estas el 67% involucran pulmón. De los tumores metastásicos a pulmón el 20% corresponde a sarcomas y aunque el SAPB solamente corresponde al 2% del total, más de 60% de pacientes con un SAPB presenta metástasis pulmonares. Presentación de 2 casos de SAPB metastásico a pulmón como manifestación inicial en pacientes jóvenes y revisión de la literatura. El primer caso trata de femenina de 34 años que acude a nuestro hospital por infección crónica de vías respiratorias bajas (IVRB). La TAC reveló tumor sólido de 5 x 4 cm intrapulmonar basal derecho sugestivo de Ca Broncogénico por lo que se sometió a resección quirúrgica. El segundo caso trata de femenina de 20 años enviada a nuestro hospital por IVRB e insuficiencia respiratoria progresiva de 3 meses de evolución. Los rayos X de tórax mostraron múltiples lesiones "en moneda" de 2 a 3 cm bilaterales y se realiza Bx tru-cut de una de las lesiones. Ambos casos fueron revisados en nuestro Departamento y mostraron una neoplasia maligna constituida por células epiteloides de citoplasma claro, granular con patrón de crecimiento alveolar y sólido, delimitados por capilares finos y septos fibrovasculares delgados. En ambos casos la tinción de PAS resaltó unas estructuras romboides

intracitoplasmáticas. La IHQ reveló positividad para vimentina, AML, desmina y NSE, además de, MyoD1 positiva en el citoplasma pero no así en los núcleos. El SAPB descrito por primera vez por Christopherson en 1952 es un tumor maligno de histogénesis incierta, que principalmente afecta adolescentes y adultos jóvenes del sexo femenino (60%) entre los 15 a 35 años. Microscópicamente compuesto por células claras epiteloides con patrón de crecimiento alveolar, sólido, organoide o pseudoalveolar que presentan las características inclusiones romboides intracitoplasmáticas PAS positivas. La traslocación desbalanceada X-17 ha sido encontrada en todos los casos. La resección quirúrgica amplia es el tratamiento de elección con recidivas entre el 10 - 31% y metástasis en más del 60% de los casos, siendo el pulmón el sitio predilecto de metástasis (67%) y entre el 30 al 40% siendo la manifestación inicial como en nuestros casos. La evolución de nuestros casos fue con detección del tumor primario en cara anterior del muslo izquierdo 2 meses después de la metastasectomía y mets a cerebro 1 año después en el primer caso. El segundo caso la paciente cursó con deterioro respiratorio y fractura patológica en fémur proximal derecho 3 a 4 meses después al diagnóstico.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Zarrin N. Alveolar Soft Parts Sarcoma. Arch Pathol Lab Med 2007;131:488-91.

#### Meningioma intrarraquídeo

*Leticia del Carmen Baena-Ocampo,  
Norma Marín Arriaga, Luis Miguel  
Rosales-Olivares*

Instituto Nacional de Reabilitación, SSA.

Los meningiomas espinales representan 40% de las lesiones espinales, 80% son intrarraquídeos extramedulares y afectan el segmento torácico en 80% de los casos. La evaluación radiológica y por imagenología son importantes para su diagnóstico clínico y tratamiento quirúrgico. **Objetivo:** analizar los casos de meningioma intrarraquídeo diagnosticados durante el periodo de enero 1995 a diciembre 2007, para clasificar los subtipos histológicos; así como describir sus características clínicas y radiológicas. **Material y métodos:** se revisaron los casos de meningioma reportados; así como el expediente clínico y radiológico de los pacientes, para establecer la clasificación histopatológica de acuerdo al subtipo histológico (OMS), las características clínicas y de imagenología más frecuentemente encontradas. **Resultados:** se identificaron 24 casos de meningioma que correspondieron a meningioma meningotelial 11 (46%), transicional 7 (29%), psamomatoso 5 (21%) y fibroso 1 (4%). Los estudios de inmunohistoquímica revelaron EMA y Vimentina en el 100% de los casos. El promedio de edad de presentación fue de 52 años y el 77% fueron mujeres. Los estudios de imagenología revelaron que el 100% de las lesiones fueron intrarraquídeas, intradurales y extramedulares, el 81% estaban localizados en el segmento torácico y posterolaterales en el 90% de los casos, se caracterizaron por ser lesiones bien definidas, localizadas y de bordes regulares, isointensas en T1 e hipointensas en T2. Los síntomas clínicos más frecuentemente

observados fueron dolor, debilidad muscular, disminución y perdida de la sensibilidad. El tratamiento de elección fue la resección completa de la lesión con una recuperación completa de los pacientes en el 60% de los casos. El promedio de seguimiento de los pacientes fue de 52 meses. Los hallazgos encontrados en nuestro estudio son similares a los reportados en la bibliografía.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Clin Neu and Neurosurg 1998;100:219-23.
2. Surgical Neurology 1996;46:458-64.
3. SPINE. 2000;25(6):727-31.
4. Arch de Neurociencias 2000;5(2):107-10.
5. J Neurooncol 2005;75(2):157-61.

#### Tumor fibroso solitario intrapulmonar: informe de un caso

*Katia Hop García, Marco Durán Padilla, E Lugo*

Hombre de 61 años sin antecedentes de importancia, quién presentó dificultad respiratoria de 8 meses de evolución que fue de medianos a pequeños esfuerzo; se le realizó estudio radiográfico en el que se identificó una lesión, bien circunscrita, radiolúcida, sólida que midió 28 cm de eje mayor aproximadamente, localizada en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, se le realizó biopsia con trucut en la que microscópicamente se identificó una lesión compuesta por células fusiformes, algunas poligonales, uniformes, citoplasma eosinófilo, núcleos basófilos y ovoides. Posteriormente se hizo resección de un tumor de 29 x 25 x 20 cm, color gris blanquecino, liso y de consistencia media. Al corte fue sólida, homogénea, gris

blanquecino y con escasas áreas hemorrágicas, rodeado focalmente por parénquima pulmonar de características macroscópicas normales. Microscópicamente se identificaron las mismas características celulares, con un patrón sólido, en nidos y hemangiopericitoides, sin datos de atipia, ni necrosis. Se le realizaron estudios de inmunohistoquímica que resultaron inmunorreactivos para CD34 y BCL2 y no inmunorreactivos para citoqueratinas, desmina, actina, vimentina y PS100 con lo que se hizo el diagnóstico de tumor fibroso solitario Intrapulmonar. El tumor fibroso solitario es una neoplasia benigna infrecuente en el pulmón, antes mal clasificada como fibrosarcoma o hemangiopericitoma, pero debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de tumores fusocelulares intrapulmonares. El patrón de crecimiento y la positividad para CD34 son los dos elementos fundamentales en el diagnóstico. Su curso es benigno, depende del tamaño para ocasionar síntomas y la resección quirúrgica es curativa.

#### Mesenquimoma benigno intravascular originado en vena cava

*Aldo Antonio Alcaraz Wong, Teresita Plascencia Ortiz, Minerva Rangel Díaz*

El mesenquimoma benigno (MB) es una neoplasia mesenquimatosa benigna poco común compuesta de 2 o más tejidos mesenquimales maduros, histológicamente benignos excluyendo al tejido conectivo fibroso. Han sido descritos en múltiples localizaciones entre las más frecuentes figuran las extremidades, riñones, tronco y áreas perirrenales. Frecuen-

temente afecta niños y adolescentes menores de 15 años aunque se han reportado casos hasta en adultos de 88 años. **Objetivo:** presentar un caso de un mesenquimoma benigno en una localización no descrita en la bibliografía previamente y revisión de ésta. El caso trata de una paciente femenina de 4 años de edad con antecedente de tumor de Wilms en el riñón izquierdo en el 2003 tratado con nefrectomía y ciclos de quimioterapia, sin complicaciones y con buena evolución. Acudió a nuestro hospital a cita de control al servicio de Oncología pediátrica, asintomática. Durante su evaluación se solicita USG abdominal con hallazgo de imagen ecogénica intravascular, polipoide y pediculado, dependiente de vena cava por arriba de la división de las venas suprahepáticas que debido al pedículo se extiende a nivel de aurícula derecha obstruyéndola en un 70 a 80% sugestiva de trombo. Se programó para cirugía y se extrae el tumor sin complicaciones. En nuestro depto de anatomía patológica se recibió un especimen polipoide de 5 cm de diámetro máximo y un pedículo de 2 cm. La superficie de corte es blanquecina, arremolinada de aspecto fibroso. El examen microscópico reveló un tumor compuesto por una mezcla de tejido adiposo maduro, fibras de músculo estriado y vasos sanguíneos pequeños, sin predominio de ninguno de los tres componentes. Todos ellos sobre un estroma fibroso paucicelular colagenoso. El mesenquimoma benigno es una neoplasia benigna mesenquimal. El término fue introducido por Klein en 1932 y posteriormente redefinido por Stout en 1948. En 1994 Weiss y colaboradores definieron al MB como una lesión

caracterizada por dos o más líneas de diferenciación mesenquimales histológicamente benignas excluyendo la diferenciación fibroblástica. Múltiples localizaciones han sido reportadas en la bibliografía mundial a excepción de la localización inusual en nuestro caso, siendo intravascular originado en vena cava. El comportamiento biológico de estas lesiones es indolente.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Jones A. Intraoral benign mesenchymoma a report of 10 cases and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 2002;95:67-76.

#### Tumor miofibroblástico inflamatorio pulmonar. Presentación de dos casos y revisión de la bibliografía

*Miguel I. Paredes Serrano, Liliana Luna García, Francisco González Juárez, Martín Olvera López, Ramón Carpio Macías*

El tumor miofibroblástico inflamatorio, antes llamado pseudotumor inflamatorio, es una afección poco común que puede confundirse clínica y radiológicamente con una neoplasia maligna del pulmón. Algunos autores postulan que se trata de una neoplasia verdadera, más que un proceso reactivo, sin embargo en los casos que presentamos las lesiones remitieron con tratamiento antiinflamatorio sistémico agresivo con esteroides.

**Objetivo:** presentar dos casos representativos de una condición que clínica y radiológicamente semeja un cáncer del pulmón. Se trata de una

paciente de 67 años de edad y otra de 46 años, ambas con antecedentes personales distintos, que se presentaron con derrame pleural recidivante, negativo a células neoplásicas. Al realizar toracoscopia y broncoscopia se encontraron sendos tumores grandes intraparenquimatosos pulmonares. El estudio histopatológico y con complemento de inmunohistoquímica demostró en ambos casos que se trataba de una proliferación miofibroblástica. En ambos casos hubo remisión con tratamiento antiinflamatorio sistémico. Ante la presentación atípica de un tumor pulmonar, con signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica intensa y que no responde a tratamiento convencional, debe sospecharse el tumor miofibroblástico inflamatorio.

## LI CONGRESO ANUAL DE PATOLOGÍA

Asociación Mexicana de Patólogos

1 al 4 de mayo del 2008

Huatulco, Oaxaca

**INFORMES:** [www.ampmipagina.org.mx](http://www.ampmipagina.org.mx)

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

El contenido científico y editorial de estos resúmenes es ajeno a la responsabilidad de *Patología Revista Latinoamericana*.