

CABEZA Y CUELLO

Expresión de factor de crecimiento del endotelio vascular y su receptor en carcinomas papilares de tiroides con invasión extracapsular.

Ronell Bologna Molina, Rogelio González González, Adalberto Mosqueda Taylor, Nelly Molina Frechero, Rebeca Ramos Moreno, Eduardo Farfán Morales, Hugo Domínguez Malagon
Instituto Nacional de Cancerología.

Antecedentes: la angiogénesis es importante para el crecimiento y desarrollo tumoral, el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF), es el que tiene mayor participación en la neoformación vascular; el incremento en la expresión se asocia con progresión tumoral y mal pronóstico en diversos tumores malignos. **Objetivo:** determinar la expresión inmunohistoquímica de VEGF y KDR (VEGFR-2/Flk-1) en el carcinoma papilar de tiroides con y sin invasión extracapsular (CPT-E y CPT-NE), con el objeto de identificar VEGF y KDR como posibles mediadores en la invasión extracapsular. **Material y métodos:** la expresión de VEGF y KDR se estudio por inmunohistoquímica con microarreglo tisular (MAT), en un total de 62 casos de CPT-E y CPT-NE mayores y menores a 10 mm. Se evaluó la intensidad de VEGF y KDR en -, +, ++. **Resultados:** VEGF fue equiparable en CPT-E y CPT-NE, no se encontró significancia estadística entre CPT-E y CPT-NE con respecto al tamaño tumoral, pero se observó una mayor intensidad en CPT-E > 10 mm. En KDR la expresión se presentó con mayor frecuencia en CPT-NE < 10 mm, aunque la intensidad fue semejante en ambos gru-

pos. **Conclusiones:** La expresión de KDR puede presentarse de manera constante y ser independiente a la expresión de VEGF y probablemente KDR no se encuentre relacionado a invasión extracapsular. Mientras que la expresión de VEGF aumenta conforme al tamaño y progresión tumoral, observándose mayor intensidad en aquellos CPT de peor pronóstico, incluyendo a los que presentan invasión extracapsular lo que podrían suponer que la sobreexpresión de VEGF y no de KDR se encuentra relacionada a la invasión extracapsular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zou M, Al-Baradie RS, Al-Hindi H, Farid NR, Shi Y. S100A4 (Mts1) gene overexpression is associated with invasion and metastasis of papillary thyroid carcinoma. *Br J Cancer* 2005;93:1277-84.
2. Carcangiu ML, Zampi G, Pupi A, Castagnoli A, Rosai J. Papillary carcinoma of the thyroid. A clinicopathologic study of 241 cases treated at the University of Florence, Italy. *Cancer* 1985;55:805-28.
3. McWilliams RR, Giannini C, Hay ID, Atkinson JL, Stafford SL, Buckner JC. Management of brain metastases from thyroid carcinoma: a study of 16 pathologically confirmed cases over 25 years. *Cancer* 2003 Jul; 99:356-62.
4. Pan CC, Chen PC, Chiang H. An easy method for manual construction of high-density tissue arrays. *Appl Immunohistochem Mol Morphol* 2004;12:370-2.
5. ebreel A, England J, Bedford K, Murphy J, Karsai L, Atkin S. Vascular endothelial growth factor (VEGF), VEGF receptors expression and microvascular density in benign and

malignant thyroid diseases. *Int J Exp Pathol* 2007;88:271-7.

Sialometaplasia necrosante del paladar con linfoma angiocéntrico de células T, una nueva asociación. Reporte de cuatro casos

Erick Aguilar Neri, Yaneth Valdez Mendieta, Angel Molina Cruz, Ana María Valdez Cano.
Instituto Nacional de Cancerología, México.

Antecedentes: la sialometaplasia necrosante (SN) es una condición inflamatoria que ocurre más frecuentemente en las glándulas salivales menores del paladar duro. Se caracteriza por hiperplasia pseudoepiteliomatosa del epitelio de superficie y metaplasia escamosa de los conductos y acinos con preservación de la arquitectura lobular. Aunque la patogénesis es incierta, se cree que es resultado de isquemia que lleva a infarto local, y se han implicado varias condiciones neoplásicas y no neoplásicas. Sin embargo, no existen series que asocien la SN con Linfoma T angiocéntrico (LTA). **Objetivo:** describir las características clínico-patológicas de la SN asociada a LTA. **Material y métodos:** se identificaron cuatro casos de SN con LTA en los archivos de consulta del Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología. Se revisaron las laminillas en H y E y se realizaron reacciones de inmunohistoquímica para CD45, CD45RO, CD15, CD30, CD34, CD4, CD8, CD57, CD20, CD56, Granzima y TIA-1. Se efectuó hibridación in situ (HIS) para RNA de virus Epstein-Barr (EBER) en cortes obtenidos de tejido

impregnado en parafina. **Resultados:** (cuadro 1). **Conclusiones:** con base en nuestros hallazgos, se postula que la oclusión vascular por las células linfoides neoplásicas produce isquemia que contribuye al desarrollo de la lesión de las glándulas salivales. Este tipo particular de linfoma deberá agregarse a la lista de condiciones relacionadas con la SN y deberá descartarse en cada caso de ésta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams AM, Melrose RJ, Howell FV. Cancer 1973;32:130-5.
2. Valiathan M, Rao RV, Rao L, Jaffe ES. Indian J Pathol Microbiol 2005;48:257-259.
3. Mandel L, Kaynar A, SeChiara S. J Oral Maxillofac Surg 1991;49:757-9.
4. Poulson TC, Greer RO, Ryser RW. J Oral Maxillofac Surg 1986; 44:570-4.
5. Mosqueda Taylor A, Meneses Garcia A, Zarate Osorno A, et al. J Oral Pathol Med 1997;26:93-7.
6. Chiang AK, Chan AC, Srivastava G, Ho FC. Int J Cancer 1997;73:332-8.

Tumores de glándulas salivales del Hospital Universitario de Monterrey NL. Estudio retrospectivo de 10 años

Sayuri Rivera Lozano, Luis Ángel Ceceñas Falcón

Hospital Universitario, UANL.

Antecedentes: los tumores de glándulas salivales ocupan el 2 - 6.5% de todas las

neoplasias de cabeza y cuello, y tienen una incidencia anual de 0.4 - 6.5 casos por 100 000 habitantes. Estos tumores exhiben gran diversidad de grados histomorfológicos que en cualquier otro sitio. Entre en 64 - 80% de todos los tumores primarios ocurren en la glándula parótida, 7 - 11% en la submaxilar, menor del 1% en la sublingual y del 9 - 23% ocurren en glándulas salivales menores. Un tercio de las neoplasias de las glándulas mayores y la mitad de las glándulas menores son malignas. **Objetivo:** observar la frecuencia así como el tipo y lugar de presentación de los tumores de glándulas salivales diagnosticados en el Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología (APyCP) del Hospital Universitario, correlacionándolo con lo descrito en la literatura.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, constituido por información obtenida de los archivos del servicio de APyCP del HU durante el periodo de enero de 1998 a julio de 2008, seleccionando todos los tumores de glándulas salivales mayores y menores. Se recolectó la información realizando una base de datos y utilizando métodos porcentuales. **Resultados:** se realizaron 111,291 estudios quirúrgicos, y en los cuales se identificaron 93 tumores de las glándulas salivales, correspondiendo al 0.08% del total de estudios revisados. La frecuencia de los tumores benignos fue de 45.16% siendo el más frecuente el Ade-

noma Pleomórfico con una presentación del 38.1%, seguido del Tumor de Warthin con 6.45%. Los tumores malignos fue del 54.83%, el Carcinoma Mucoepidermoide, con un 12.90% ocupando el primer sitio. La glándula parótida fue la más frecuentemente afectada con un 84.94%, submaxilar en 10.75% y un 4.30% para las glándulas salivales menores. **Conclusiones:** Nuestra incidencia de tumores de glándulas salivales y su presentación es en general similar a la descrita en la literatura, sin embargo, probablemente por ser un hospital de concentración, si es llamativa la frecuencia de tumores malignos (54.8%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Silverberg SG, DeLellis RA, Frable WJ, et al. Principales and Practice of Surgical Pathology and Cytopathology. Volume I. Fourth edition. 2006.
2. Gnepp, Douglas. Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck.

Tumores odontogénicos. Frecuencia en el Hospital General de México

Patricia Mestas Hernández,* María del Carmen Salazar Vera,** Vanessa Ventura Molina,* Leonora Chávez Mercado*

* Hospital General de México OD y Facultad de Medicina, UNAM.

** Facultad de estudios Superiores Zaragoza-División de Estudios de Posgrado y Facultad de Odontología, UNAM.

Cuadro 1. Resultados

Caso	Edad/sexo	Localización	Tamaño	Seguimiento	Tratamiento	Inmunofenotipo
1	24/M	PD, Orofaringe	3 x 2 cm	MCE 7 m	QT	CD45RO,CD3,CD57,TIA1,HIS EBER(+) CD-20, CD-4,CD-8 (-)
2	39/F	Senos maxilar y etmoidal	7 x 5 cm	PCE 7 m	RT+QT	CD-3, Granzima, CD-57(+) CD-56,CD-20, CD-34 (-)
3	71/M	PD, senos frontal y etmoidal	8 x 4 cm	VCE 1 m	RT+QT	CD-45RO, CD-57 (+) CD-20, CD-56, CD-4,CD-8 (-)
4	46/M	PD	7 cm	VCE, RC	-	CD-45RO (+) CD-4,CD-8,CD-20,CD-34,CD-56,CD-57 (-)

M: Masculino; F: Femenino; PD: Paladar duro; cm: centímetros; MCE: Muerto con enfermedad; m: meses, PCE: Perdido con enfermedad; VCE: Vivo con enfermedad; RC: recaída; QT: Quimioterapia; RT: Radioterapia.

Antecedentes: los tumores odontogénicos componen un grupo heterogéneo de neoplasias de diversos tipos histológicos y de comportamiento clínico muy variado. Pueden ir desde lesiones hamartomatosas no neoplásicas hasta neoplasias benignas y malignas. Se derivan de remanentes epiteliales o mesenquimatosos del aparato dentífero en formación. La etiología es desconocida y aparecen de novo sin causa aparente y al igual que en el proceso de la odontogénesis normal, estas lesiones presentan una combinación amplia y variada de los componentes odontogénicos epitelial y ectomesenquimatoso. Su frecuencia es variable según diferentes series informadas, pero en general son tumores poco comunes. Las estadísticas de los tumores odontogénicos varían mucho de país a país y sobre todo con relación a los tumores benignos. Lo anterior puede deberse a problemas con la obtención de datos ya que muchos de estos casos se estudian en centros odontológicos y otros en centros hospitalarios. De cualquier forma la mayoría de las series coinciden en que los tres tumores más frecuentes son los odontomas, los ameloblastomas y los mixomas. **Objetivo:** el objetivo fue hacer una breve revisión bibliográfica de los tumores odontogénicos así como determinar su frecuencia en el Hospital General de México y hacer una comparación entre lo informado en la literatura y nuestros hallazgos. **Material y métodos:** se revisaron los archivos de patología quirúrgica de la unidad de Patología del Hospital General de México de enero de 2002 a septiembre de 2008. Se seleccionaron los casos diagnosticados como tumores odontogénicos y se revisaron las laminillas para corroborar los diagnósticos emitidos. **Resultados:** en el periodo 2002-2008 (septiembre) se recibieron 150,697 estudios de patología quirúrgica, de los cuales 22 fueron tumores odontogénicos. El más frecuente fue el ameloblastoma con 5 casos, y siguieron el mixoma y el tumor odontogénico con 3 casos cada uno, fibromixoma, tumor

miofibroblástico inflamatorio y carcinoma intraóseo primario un caso cada uno. Dentro de los tumores quísticos el más frecuente fue el tumor odontogénico queratoquístico con 7 casos y hubo un sólo caso de tumor odontogénico quístico.

Conclusiones: al igual que lo informado en la literatura, esta serie muestra que los tumores odontogénicos son lesiones poco comunes y que dentro de los más frecuentes se encuentran el ameloblastoma y el mixoma. A diferencia de estas estadísticas, en el presente estudio no se encontró ningún caso de odontoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, Oral Pathology, clinical pathologic correlations. Saunderson Elsevier, Fifth edition, 2008. pp 237-282.
2. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky P, WHO Classification Head and Neck Tumours. IARC Press, Lyon 2005. pp 285-330.

Correlación endoscópica-histopatológica en granulomatosis de Wegener nasal activa

Lino Silva Leonardo Saúl, Olga Beltrán Rodríguez Cabo, Luis F Flores Suárez y Edgardo Reyes Gutiérrez
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Antecedentes: el rendimiento diagnóstico de la biopsia en GW es bajo (16 a 53%) y tiene poco valor para predecir actividad. En México no hay estudios al respecto. **Objetivo:** establecer correlación endoscópica-histopatológica en pacientes con GW nasal y sospecha de actividad. **Material y métodos:** pacientes con GW, actividad nasal y evaluación endoscópica sinonasal. Se utilizaron 6 lesiones endoscópicas para establecer dos grupos: a) definitivo de actividad y b) probable GW activa. Se correlacionaron con tres subgrupos histopatológicos: 1) no-diagnóstico: úlcera e infiltrado inflamatorio, 2) probable GW activo: úlcera e

infiltrado inflamatorio mixto con células multinucleadas y 3) diagnóstico GW: úlcera, infiltrado inflamatorio mixto, células multinucleadas, vasculitis, vasculitis granulomatosa, fibrosis vascular obliterativa, microabscesos, degeneración granular/fibrinoide de colágena y necrosis geográfica. Se determinó sensibilidad, especificidad e índice k. **Resultados:** de dieciocho pacientes (14 hombres y 4 mujeres, edad promedio 36.5 años) 77.7% tenían GW generalizada: 22 de 23 endoscopias se biopsiaron. En 15 endoscopias se sospechó GW definitivo ($n = 14$) y probable ($n = 1$) cuyas biopsias demostraron GW definitivo ($n = 8$), probable ($n = 5$) y no-diagnóstico ($n = 2$). Lesiones histopatológicas más frecuentes ($> 25\%$) fueron: úlcera (82%), infiltrado inflamatorio mixto (82%), células multinucleadas (62%), microabscesos (59%), fibrosis vascular obliterativa (41%), granulomas francos (32%) e inflamación granulomatosa (28%); Vasculitis y vasculitis granulomatosa 18% y 14% respectivamente. En 87% hubo correlación entre sospecha endoscópica de actividad probable o definitiva y el diagnóstico histológico. **Conclusiones:** En GW es básica la exploración endoscópica sinonasal. El edema de la mucosa, nódulos blancos y parches hemorrágicos submucosos fueron los parámetros que más correlacionaron con los resultados de las biopsias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flores-Suárez LF, Villa AR. Spectrum of Wegener granulomatosis in Mexican patients. Ann N Y Acad Sci 2007;1107:400-9.
2. Reinhold-Keller E, Beuge N, Latza U, de Groot K, Rudert H, Nölle B, et al. An interdisciplinary approach to the care of patients with Wegener's granulomatosis: long-term outcome in 155 patients. Arthritis Rheum 2000;43:1021-32.
3. Jennings CR, Jones NS, Dugar J, Powell RJ, Lowe J. Wegener's Granulomatosis - A review of diagnosis and treatment in 53 subjects. Rhinology 1998;36:188-191.

Adenosis poliquística esclerosante con carcinoma intraductal de alto grado en glándulas salivales menores. Reporte de un caso con estudio inmunohistoquímico y ultraestructural

Erick Aguilar Neri, Yanet Valdez Mendieta, Ángel Molina Cruz, Ana María Valdez Cano

Instituto Nacional de Cancerología.

Introducción: la adenosis poliquística esclerosante (APQE) es una lesión rara descrita inicialmente como una lesión pseudoneoplásica con características similares a los cambios fibroquísticos de mama. Sin embargo, existen casos asociados con displasia ductal y se ha reportado un caso con carcinoma in situ de bajo grado. Además, recientemente se ha demostrado monoclonalidad, lo cual es evidencia a favor de un proceso neoplásico. Se presenta con mayor frecuencia en glándulas salivales mayores, con un amplio rango de edad (9-80 años) y ligero predominio en mujeres. En este trabajo se describe un caso de APQE asociado a carcinoma intraductal de alto grado originado en glándulas salivales menores de la cavidad oral. **Caso clínico:** mujer de 18 años de edad con aumento de volumen no doloroso de "crecimiento lento" en la mucosa bucal de carrillo izquierdo. La lesión había sido extirpada un año previo con recurrencia. Se realizó biopsia excisional. Hallazgos patológicos: se recibió espécimen nodular trilobulado de 2.7 x 1.6 x 1 cm, de consistencia media. La superficie de corte era sólida, blanco-grisácea con fibrosis central, pequeñas hendiduras y áreas periféricas de hemorragia. Histológicamente se observó una cápsula incompleta, proliferación de microquistes y estructuras acinares rodeadas por células mioepiteliales e inmersas en un estroma fibroso con preservación del patrón lobular e hiperplasia focal. Se identificó un amplio espectro morfológico de células (apocrinas, espumosas, vacuoladas y mucinosas). Algunas de ellas presentaban gránulos citoplásmicos eosinófilos

prominentes. También se observaron conductos con proliferación de células atípicas con patrón cribiforme o sólido y comedonecrosis. Las células ductales coexpresaron citoqueratina de alto peso molecular y citoqueratina 7, mientras que las acinares solamente expresaron la última. Las células mioepiteliales se demostraron mediante Citoqueratina 34-BE-12, Proteína S-100 y Calponina. Los receptores de Estrógenos, Progesterona y HER-2 neu resultaron negativos. Por microscopia electrónica se demostró la presencia de gránulos electrodensos citoplásmicos similares a cimógeno. **Conclusiones:** a pesar de haber sido descrita hace 12 años, la APQE continúa siendo una lesión poco reconocida. Se han reportado 45 casos, de los cuales sólo 6 han ocurrido en glándulas salivales menores. La presencia de monoclonalidad en base a estudios moleculares efectuados recientemente ha cambiado el concepto previo de esta lesión como un proceso reactivo. La asociación con carcinoma apoya aún más esta teoría. Existe solamente un reporte previo con esta condición, en el cual el carcinoma in situ era de bajo grado. Otro punto de interés es la presentación inusual en glándulas salivales menores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith BC, Ellis GL. Sclerosing polycystic adenosis of major salivary glands. A clinicopathologic analysis of nine cases. *Am J Surg Pathol.* 1996;20(2):161-70.
2. Skalova A, Michal M. Sclerosing polycystic adenosis of parotid gland with dysplasia and ductal carcinoma in situ. *Virchows Arch.* 2002;440(1):29-35.
3. Skalova A, Gnepp D, Michal M. Clonal nature of sclerosing polycystic adenosis of salivary glands demonstrated by using the polymorphism of the HUMARA locus as a marker. *Am J Surg Pathol.* 2006;30(8):939-44.
4. Noonan VL, Kallmar JR, Allen CM, Gallagher GT, Kabani S. Sclerosing polycystic adenosis of minor salivary glands. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;104(4):516-20.

Carcinoma papilar tiroideo con estroma tipo fascitis nodular (presentación de un caso)

Jazmín Alejandra Ramírez Muñoz, Jesús Villagrán Uribe, Rosa María Silva López, Leilanie Arias González.

Hospital General Miguel Silva.

Caso clínico: femenino de 31 años, inició 3 años antes, con aumento de volumen en región anterior derecha de cuello, que fue gradual hasta ocasionar odinofagia y disfagia. Perfil tiroideo normal, el ultrasonido reportó bocio nodular con cambios degenerativos. Se realizó tiroidectomía parcial por encontrar tumor irregular, con adherencias firmes a músculos pretiroideos, con presencia de múltiples quistes. Macroscópicamente no se identificó tejido tiroideo normal, midió 7.2 x 3.4 x 1.4 cm, bordes irregulares, al corte fibrosis extensa con áreas de color café claro. Microscópicamente: mostró abundante proliferación de células ahusadas y fibras de colágeno hialinizado, proliferación vascular e infiltrado inflamatorio, nidos de células neoplásicas con núcleos vesiculosos que integran papilas. Esta variante del carcinoma papilar de tiroides es rara, se caracteriza por una proliferación de células ahusadas con focos pequeños de carcinoma papilar. La extensa proliferación de fibroblastos puede ocultar las células neoplásicas de carcinoma papilar, causando dificultades en el diagnóstico histológico. Es el primer caso reconocido en nuestro hospital. Sólo se han reportado 19 casos en la bibliografía consultada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yang. Papillary Thyroid Carcinoma With Nodular Fasciitis-like Stroma. *Arch Pathology Lab Med*, Vol. 123, September 1999.
2. Lee. Thyroid Papillary Carcinoma with Exuberant Nodular Fasciitis-like Stroma -A case Report- *The Korean Journal of Pathology*, Vol. 40, 2006.

Carcinoma de conductos intraquístico de glándula parótida. reporte de un caso

Jaime Alfonso Estrada, Nelly Cruz, Carlos Martínez, Julieta García, Verónica Ledezma, Evelyn Cortés
Hospital Juárez de México.

Introducción: el carcinoma de conductos salivales es un adenocarcinoma agresivo y morfológicamente recuerda al carcinoma de conductos mamarios de alto grado. Se presenta con mayor frecuencia en hombres después de la sexta década. La mayoría se localiza en glándula parótida (80%). En la literatura inglesa han sido reportados 23 casos. Se describe un carcinoma de conductos en glándula parótida derecha con énfasis en la morfología ya que representa sólo el 9% de los tumores malignos de glándula salival. **Caso clínico:** hombre de 80 años con crecimiento progresivo de región preauricular, indolora, firme, móvil de un año de evolución, con diagnóstico de adenoma pleomorfo (BAAF) fuera del Hospital Juárez de México. Se le realizó parotidectomía. Se recibió parótida derecha de 6 x 4 x 4 cm, café-oscuro, lobulada y renitente. Al corte se identifica lesión quística de 2.5 x 2 cm, con contenido líquido. En la pared del quiste se observa 2 lesiones nodulares blanco-gris de 0.5 cm cada una. En los cortes histológicos se observa neoplasia maligna epitelial constituida por células poligonales de núcleo vesicular grande pleomórfico, citoplasma eosinófilo y nucleolo prominente que forman cordones, nidos, glándulas con comedonecrosis, en patrón sólido, cribiforme y papilar. El estroma es desmoplásico. Es necesario conocer esta neoplasia ya que se caracteriza por un comportamiento agresivo con un alto índice de metástasis a nódulos linfáticos y recurrencia local después de la cirugía. La inmunohistoquímica muestra sobre-expresión de cerb B-2 y Ki-67 elevado y receptores de andrógenos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alsharif MJ. Carcinoma de conductos salivares de la glándula parótida: reporte de un caso y revisión de la literatura. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66(8):1708-13.

Melanoma sinonasal. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Celestina Menchaca Cervantes, Teresita Placencia Ortiz, Ma. Rosario Guillén Orozco

UMAE HE CMNO (Belisario Domínguez No 2000, Guadalajara Jalisco).

Introducción: neoplasia rara, representa menos del 1% de los melanomas y menos del 5% de todas las neoplasias del tracto sinonasal. individuos de la 5 - 6 décadas de la vida; etiológicamente por exposición al formol y al humo del tabaco. Polipoides, epitelio respiratorio intacto; de 2.4 cm. Inmunohistoquímica positiva para proteína S100, HMB45, tirocina y vimentina. Se presenta una variante histológica inusual de melanoma maligno. **Caso clínico:** masculino de 36 años, tabaquismo positivo; inicia con epistaxis, plenitud nasal, rinorrea anosmia, pérdida de 10 kg de peso en 3 meses; a la rinoscopia una tumoración rosado violácea vascularizada cubierta por fibrina. Macroscópicamente múltiples fragmentos irregulares, café oscuro, ahulados de 1 cm de diámetro cada uno. Microscópicamente patrón de crecimiento estoriforme abundantes vasos, necrosis; células fusiformes núcleo hiper cromático, cromatina en grumos gruesos, pigmento melánico focal. Positividad para HMB45, S100 vimentina; y negatividad para AML, desmina, CD34 y citoqueratinas. Son un reto diagnóstico para el patólogo que carece de estudios de inmunohistoquímica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am J Sur Pathol 27(5):594-611 2003.
2. Pathology and genetics of head and neck tumours. World Health Organization.

Schwannoma en lengua: presentación de un caso y revisión de la literatura

Teresa Medina Esquivel, Gabriela Alfaro Méndez

Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud" Tapachula Chiapas.

Introducción: este tumor es raro en la cavidad oral, sólo representa el 1% de los tumores intraorales. Otros tumores de nervio periférico son neurofibromas, neuroma traumático, neuroma encapsulado y neurotecoma, su forma maligna es rara sin embargo, ha sido reportada. La lengua es el sitio de predilección, seguido del paladar, mucosa bucal, labio y gingiva. Es asintomático y la edad de presentación frecuente es de 20 a 50 años. La transformación maligna casi nunca es vista. En su presentación clínica puede simular tumor maligno que incluyen carcinoma epidermoide, tumor de glándula salival, rabdomiosarcoma, etc. **Caso clínico:** masculino de 17 años de edad con historia de tumor en lengua ulcerado de 5 meses de evolución, de crecimiento lento, indoloro, que dificultó la movilidad lingual. Se tomó biopsia incisional, con el informe histopatológico se realizó resección de la lesión. La biopsia incisional mostró lesión revestida por mucosa en zonas ulcerada constituida por células fusiformes de bordes regulares, cromatina uniforme con citoplasma eosinófilo, dispuestas en fascículos alineadas de forma característica formando palizadas nucleares y cuerpos de Verocay. Se efectuó reacción de inmunohistoquímica complementaria con PS-100 siendo positiva fuerte y difusa en células neoplásicas. Los Schwannomas son tumores benignos derivados de la vaina nerviosa que se presentan generalmente como tumor de lento crecimiento, cuyo diagnóstico definitivo precisa de examen microscópico y su tratamiento es la resección quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bansal RT, Shali P. Oral Oncology extra 2005; 41:15-17.

2. Rosai and Ackerman Surgical Pathology. Pag. 266, Rev. Esp. Cirugía oral y maxilofacial v.26 n.6, 2004.

Carcinoma papilar de tiroides con estroma semejante a fascitis nodular. Informe de dos casos y revisión de la bibliografía

Fredy Chablé Montero,* Marco Aurelio González Romo,** Daniel Montante Montes de Oca,* Ana Ordóñez Barrera,* Jorge Albores Saavedra.*

* Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, DF.

** Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús de Villahermosa, Tabasco.

Introducción: Las proliferaciones fusocelulares de la glándula tiroides han sido descritas en procesos reactivos y malignos como el carcinoma anaplásico, carcinoma medular, estruma de Riedel, tiroiditis de D'Quervain, tumor fibroso solitario y fibromatosis. Se han informado algunos casos de carcinoma papilar de tiroides (CPT) que muestran proliferación miofibroblástica semejante a la fascitis nodular de otras localizaciones. **Casos clínicos:** **Caso 1.** Mujer de 54 años, con nódulo tiroideo derecho de varios meses de evolución. Se le realizó tiroidectomía total por sospecha de CPT. Macroscópicamente se observó un tumor sólido de 3.2 x 2 cm localizado en el lóbulo derecho. Se reportó como carcinoma papilar con estroma semejante a fascitis nodular. **Caso 2.** Hombre de 48 años, con aumento progresivo de cara anterior de cuello de 9 meses de evolución. Se le realizó tiroidectomía total por sospecha de CPT. Macroscópicamente se observó un tumor sólido de 8.5 x 6 cm, localizado en el lóbulo izquierdo e istmo. Se reportó como carcinoma papilar con estroma semejante a fascitis nodular. En ambos el estudio de inmunohistoquímica mostró patrón bifásico. **Comentario.** El carcinoma papilar de tiroides con estroma semejante

a fascitis nodular es poco frecuente. La edad de presentación oscila entre 20 a 80 años. Afecta con mayor frecuencia a las mujeres. El tamaño del tumor varía de 2 a 9 cm. Las metástasis ganglionares ocurren en un 25% de los casos. En el diagnóstico diferencial deben considerarse condiciones benignas y malignas. Se desconoce el comportamiento biológico de este tipo de carcinoma (cuadro 2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Vergilio J, Baloch ZW, LiVolsi VA. Spindle Cell Metaplasia of the Thyroid Arising in Association With Papillary Carcinoma and Follicular Adenoma. Am J Clin Pathol 2002; 117:199-204.
2. Basu S, Nair N, Shet Tand Borges AM. Papillary thyroid carcinoma with exuberant nodular fasciitis-like stroma: treatment outcome and prognosis. J Laryngol Otol. 2006; 120 (4):338-42.

CERVIX

Correlación citocolpohistológica de pacientes atendidas durante los años 2006 y 2007 en el Hospital General Cadereyta de PEMEX

Vázquez-Castro María del carmen; de León-Castro Diana Nelly*, Contreras-Rivera Virginia, Cabrera-Cedillo Ma. Guillermina.

Laboratorio de Anatomía Patológica y Medicina Preventiva. Hospital General Cadereyta, NL.

Introducción: la Citología Exfoliativa Cervicovaginal es una prueba efectiva de tamizaje para la detección de lesiones preinvasoras cuando es realizada apro-

piadamente, su función es identificar pacientes que requieren procedimientos adicionales. Complementando en este caso con colposcopia y biopsia incremental y corrobora la detección de Lesiones Intraepiteliales de Bajo y Alto Grado. La Colposcopia no es un método de diagnóstico definitivo pero es indispensable para verificar la presencia de lesión, su topografía, extensión, severidad. Como todo método tiene limitaciones; una de ellas es la edad de las pacientes, ya que la unión escamo-columnar tiende a introducirse en el canal endocervical, haciendo difícil su valoración. El estudio Histopatológico de la biopsia o pieza quirúrgica es el diagnóstico definitivo y estándar de oro en las investigaciones.

Objetivo: conocer los porcentajes de correlación entre la Citología Cervicovaginal, la Colposcopia y la Biopsia para ser utilizados como un control de calidad interno institucional. **Material y métodos:** se revisaron los estudios de Citología Exfoliativa Cervicovaginal realizados durante 2006 y 2007 en el Hospital General Cadereyta, se incluyeron a la investigación informes con resultado anormal, revisando mediante expediente electrónico de cada paciente, la exploración por Colposcopia y el resultado Histopatológico de la biopsia tomada en clínica de Displasias de Hospital de 3er. nivel de atención, también se incluyeron pacientes con Citología Inflamatoria pero con exploración colposcópica, biopsia o histerectomía con Displasia. Se excluyeron los casos en los cuales no se realizó biopsia por no poder realizar la correlación que es la finalidad

Cuadro 2.

Anticuerpo	Caso 1		Caso 2	
Componente	Epitelial	Fusocelular	Epitelial	Fusocelular
Tiroglobulina	+	-	+	-
TTF-1	+	-	+	-
Vimentina	-	+	-	+
CK7	+	-	+	-

del estudio. **Resultados:** se revisaron 5352 citologías; 45 resultaron con Células Atípicas, Lesión Escamosa de Bajo o Alto Grado representando una incidencia de 0.8%, de las cuales 36 pacientes se estudiaron con colposcopia y biopsia, más 2 derechohabientes sin biopsia en el estudio colposcópico pero con histerectomía. Se excluyeron 7 pacientes sin biopsia. Hubo correlación Cito-Histológica en 34 casos (89.6%), falsos Positivos 2 (5.2%) y falsos Negativos 2 (5.2%). Las pacientes con colposcopia y biopsia fueron 36, presentaron: correlación 16 (47.5%), falsos Positivos 2 (4%), falsos Negativos 18 (48.5%) se incluyeron aquí 3 casos sin descripción de la exploración colposcópica. Al sumar ambos métodos de tamizaje, se obtuvo correlación en 36 (97.3%) de los casos, falso Positivo en 1 (2.7%) y falsos Negativos 0. **Conclusiones:** la correlación con la biopsia es útil y necesaria para el control de calidad en ambos métodos de DOC. Aun cuando la detección de anomalías por citología fue mayor, la conjunción de los dos métodos de tamizaje, logró abatir los falsos negativos e incrementó la detección de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, demostrando que son complementarias y no excluyentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azul-rosado, cáncer cervicouterino: métodos actuales para su detección. *Rev. biomed* 2004;15:233-241.
2. Zahm, colposcopic appearance of cervical intraepithelial neoplasia is age dependent. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:1298-1304.
3. Lazcano E. Validity and Reproducibility of Cytologic Diagnosis in a sample of cervical cancer screening centers in México. *Acta Cytol* 2003; 47:129-134.
4. Oliviera-Stival. Comparative evaluation of the positive cytology, colposcopy and histopathology: emphasize of cytology how screening methods of cervical cancer. *RBAC* 2005; 37(4):215-218.

Costo beneficio de una microcampaña de DOC en mujeres de la tercera edad

Vega-Ramos Beatriz, Vega-Ramos Roxana, Cuevas-Juárez Ma. Guadalupe, Alonso de Ruiz Patricia

Laboratorio estatal de la SS en Tlaxcala.

Introducción: el proceso de envejecimiento en México no es reversible, en el año 2000 la proporción de adultos mayores fue de 7.0%, se estima que este porcentaje se incrementa a 12.5% en el 2020 y a 28.0% en el 2050. La vejez tiene un rostro mayoritariamente femenino con una proporción de 100 mujeres por cada 90 hombre y las neoplasias malignas ocupan el tercer lugar de mortalidad en este grupo de edad. En contraste uno de cada dos adultos mayores se encuentra en condiciones de pobreza patrimonial, por lo que no pueden procurar atención eficiente y de calidad a sus problemas de salud. **Objetivo:** determinar el costo beneficio de una microcampaña (MC) de DOC en mujeres de la tercera edad. **Material y métodos:** se organizó una MC de DOC en una escuela para abuelos, en donde se invitó a las mujeres de la tercera edad a realizarse su Papanicolaou (PAP) totalmente gratis. La edad mínima de ingreso fue de 45 años; todos los PAP se tomaron con citobrush, y se interpretaron por un patólogo. Los casos positivos fueron corroborados por una experta en el área. Se investigaron los costos de la MC y se compararon con la campaña que normalmente se lleva a cabo en la Secretaría de Salud. **Resultados:** acudieron 45 mujeres, de ellas 41 llenaron los requisitos de inclusión, la edad promedio fue de 62.5 años. El costo por mujer detectada con lesión intraepitelial fue de 1042 pesos en la microcampaña vs 285 pesos de la campaña anual (CA) $p < 0.05$. En 5% se diagnosticó Lesión escamosa intraepitelial vs 4.7% en la CA (NS); 44% se tomaron su PAP por primera vez en su vida vs 43% de la CA (NS).

Conclusiones: no hay costo beneficio con las microcampañas para DOC en la mujeres de la tercera edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. El envejecimiento de la población en México. Dirección URL: <<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>>.
2. Hernández-Peña et al. Análisis costo beneficio del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino. *Salud Pública Mex* 1997;39:379.
3. Gómez-Jauregui AJ et al. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna del cáncer cervicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud Publica Mex* 2001;43:279.
4. Fahs MC et al. Cost effectiveness of cervical cancer screening for the elderly. *Ann Intern Med* 1992;117:520

Amebiasis cervical. Un dilema diagnóstico de carcinoma cervicouterino

Lidia Montes Rivera, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Cuauhtemoc Oros Ovalle, Edgardo Gómez Torres, Jesús González Guzmán, Joel Rodríguez Llerenas, Karla Quintero Meza.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, SLP.

Caso clínico: mujer de 38 años de edad que inició 3 semanas antes de su ingreso al hospital con dolor suprapúbico, disuria, tenesmo vesical, evacuaciones acuosas, astenia y adinamia. AGO: G5 P5 IVSA:16 PAP nunca. A la exploración se encontró úlcera friable en región vulvar de bordes irregulares, con secreción verde amarillenta y fétida; que involucra cara interna de muslos y genitales internos. El cérvix con leucorrea fétida, friable y sangrante, parametrios indurados con dolor a la palpación. Se tomó biopsia cervical con diagnóstico clínico de carcinoma epidermoide etapa IIIB y se envió para su estudio. Histológicamente se observó en un fondo necrótico, escasas células epiteliales, con pleomorfismo y atipia

moderada, cambios citopáticos virales por infección de VPH, y presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica* PAS positivo; así como abundantes levaduras y pseudohifas de *Candida sp.* Se realizó el diagnóstico de Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado, amebiasis y candidiasis cervical. La amebiasis genital causada por *Entamoeba histolytica* es capaz de producir grandes destrucciones de tejido, lo que puede simular cáncer. Se han informado casos asociados a neoplasia ya establecida, produciendo mayor destrucción tisular; por lo que el estadio clínico puede parecer mas avanzado de lo que en realidad es. La amebiasis es mas frecuente en tubo digestivo, sin embargo, en raras ocasiones afecta tracto genital. El diagnóstico de amebiasis cervical está basado en la identificación del protozoario en citología de Papanicolaou de rutina y biopsia cervical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acta Cytol. 1989 May1-Jun;33(3):301-4.
2. Am J Trop Med Hyg. 1992 Jun;46(6):759-64.
3. Int J Gynaecol Obstet. 1987 Jun;25(3):249-56.
4. Indian J Pathol Microbiol. 1986 Oct;29(4):382-5.
5. Rev Latinoam Microbiol. 1980 Apr-Jun;22(2):105-8.
6. Enf Infec y Micro 2003;23(1):23-26.

Alteraciones en citologías cervicales almacenadas en un medio ambiente húmedo: Causa potencial de falsos negativos

Patricia Ortega González, Juan Carlos Sáenz, Margarita de la Soledad González Bravo, Gustavo Jiménez Muñoz-Ledo, Alejandro E. Macías Hernández
Hospital General Regional de León.

Introducción: la citología cervical ha demostrado ser la herramienta diagnóstica más eficiente y barata para el tamizaje del carcinoma cervical. Sin embargo desde que se implementó el

uso de bolsas de plástico como medio de transporte en el Programa de Prevención y control del Cáncer Cervical de la Secretaría de Salud, se han observado hallazgos citológicos como son: edema, necrosis, agujeros y colonización por hongos oportunistas que dificultan el diagnóstico y originan falsos negativos. En este estudio se pretende conocer si la humedad presente en las bolsas de plástico es la responsable de estos hallazgos citológicos. **Objetivo:** determinar la asociación entre las citologías cervicales que permanecen en un medio ambiente húmedo y la presencia de necrosis, edema, lagunas y tipo de hongos en el espécimen. **Material y métodos:** estudio experimental cegado. Se realizaron citologías cervicales a 68 mujeres. Se colocaron dos muestras idénticas en dos laminillas. La primera se dejó secar y la segunda muestra se introdujo en la bolsa de plástico inmediatamente después de la fijación sin haberse secado. Después de 15 días todas las muestras se tiñeron con la técnica de Papanicolaou. En forma cegada las muestras fueron interpretadas según el sistema Bethesda por un citopatólogo certificado. Además se evaluó la presencia de edema, lagunas, necrosis y hongos oportunistas en más del 50% de la muestra. **Resultados:** (cuadro 3). **Conclusiones:** en este estudio se demuestra que la humedad generada por el medio de transporte (bolsas de plástico) de las citologías cervicales provoca alteraciones en la morfología habitual de la muestra pudiendo provocar diagnósticos erróneos.

Cuadro 3. Resultados

Hallazgos citológicos	Citología cervical sin bolsa de plástico	Citología cervical con bolsa de plástico
Edema	0	34 (50%)
Necrosis	0	31 (46%)
Lagaunas	0	36 (53%)
Hongos	0	15 (22%)
TOTAL	68	68 (100%)

BIBLIOGRAFÍA

1. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHN). México, DF: Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud, 2003.
2. Freeman H. Race, poverty and cancer. J Natl Cancer Inst 1991;83:526-527.
3. Coughlin S, Thompson T, Seeff L, Richards T, Stallings F. Breast, cervical, and colorectal carcinoma screening in a demographically defined region of the Southern U.S. Cancer 2002;95(10):2211-2222.

CÁNCER INDIFERENCIADO DE LA TIROIDES

Correlación citohistológica en biopsia por aspiración con aguja fina de tiroides en pacientes del Hospital Juárez de México de 2004 a 2007

Enoe Quiñónez Urrego, Eva Guadalupe López Pérez, Rafael Peñavera Hernández

Hospital Juárez de México.

Introducción: la BAAF de Tiroides tiene un valor y utilidad diagnóstica muy importante en los nódulos tiroideos se identifican en 4 a 10% la mayoría corresponden a bocios adenomatosos, en contraste de los tumores los cuales son las neoplasias endocrinas mas frecuentes representan el 1% de los tumores humanos y el 5% de los nódulos tiroideos, de aquí la importancia de la BAAF ya que permite establecer el diagnóstico morfológico específico en la mayoría de los casos mostrando una sensibilidad y especificidad mayor al 90%. **Objetivo:** establecer

la correlación que existe entre el estudio de BAAF y el histológico, tomando este último como estándar de oro, conocer el porcentaje de verdaderos positivos, verdaderos negativos para determinar los valores de sensibilidad y especificidad e identificar los factores que afectan la sensibilidad de la BAAF de tiroides. **Material y métodos:** se revisaron todas las BAAF de tiroides adecuadas examinadas por el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Juárez de México comprendidas en el periodo de tiempo entre el 01 de enero del 2004 al 31 de diciembre del 2007 que cuenten con expediente para poder recabar el estudio histológico.

Resultados: se analizaron 44 biopsias las cuales se diagnosticaron 32 como lesiones benignas y 12 como lesiones neoplásicas malignas de los cuales se encontraron 4 casos discordantes que fueron re revisados y establecido el error diagnóstico el cual correspondió a error por muestreo inadecuado en 3 casos y en 1 caso error por mala interpretación. Realizando las formulas para el análisis estadístico se encontró una sensibilidad del 72.7% y especificidad del 96.9%. **Conclusiones:** en nuestro estudio la especificidad fue muy alta, con sólo un caso falso positivo, este error debido a mala interpretación por lo que la recomendación es que los casos en especial los positivos sean revisados por un citopatólogo. La sensibilidad fue alta en comparación con otros estudios similares y esta disminuyo por un mal muestreo este debe realizarse de manera sistemática guiada por estudio de imagen, idealmente con ultrasonido Doppler, para evitar no dejar de muestrear la lesión sospechosa de neoplasia de así la expectativa es elevar la sensibilidad al 95-100% lo que traduce mejor calidad de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Altavilla G. Nenci I. Fine needle aspiration cytology of thyroid gland disease. *Acta Cytol* 1990;34:251-6.
2. Ángeles Ángeles Arturo. Biopsia por aspiración con aguja fina. Biopsia por

aspiración con aguja fina (BAAF) de tiroides. 1994.3: 37-66.

3. Atkinson/Silverman. Atlas de dificultades diagnósticas.

Carcinoma papilar oxifílico folicular multicéntrico, carcinoma folicular mínimamente invasor, adenoma folicular e hiperplasia nodular, sincrónicos de glándula tiroides en paciente con hipertiroidismo crónico

Montes Rivera Lidia, González Guzmán Jesús, Falcón Escobedo Reynaldo.

Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, UASLP y Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de SLP.

Introducción: la coincidencia de carcinoma papilar de tiroides con neoplasias foliculares es poco usual en la práctica diaria y poco referido en la literatura. Se presenta un caso de carcinoma papilar oxifílico folicular multicéntrico, asociado a carcinoma folicular mínimamente invasor, adenoma folicular y a hiperplasia nodular en una paciente con hipertiroidismo crónico. **Caso clínico:** mujer de 57 a. con insuficiencia cardíaca, nódulo tiroideo derecho e hipertiroidismo corroborado por estudios de laboratorio. Una BAAF mostró datos de carcinoma papilar. Se practicó tiroidectomía total. La glándula tiroides pesó 50 g. y demostró un carcinoma papilar variante oncócica folicular, con áreas de células claras (focalmente) en lóbulo superior derecho, un adenoma folicular inferior derecho, un adenoma folicular mínimamente invasor inferior izquierdo, otro carcinoma papilar oxifílico folicular superior derecho e hiperplasia nodular convencional en otros sitios de la glándula.

Comentario: se presenta un caso inusual de asociación de carcinoma papilar variante oncócica folicular de lóbulos derecho e izquierdo, adenoma folicular, carcinoma folicular mínimamente invasor, hiperplasia folicular e hipertiroidismo secundario a las neoplasias foliculares. Existen en la literatura trabajos en los que puede haber

mimetización entre algunas de estas patologías tiroideas.

BIBLIOGRAFÍA

1. DeLellis RA et al: Tumours of Endocrine Organs. WHO Classification of Tumours, Volume 8. IARC, Lyon 2004.
2. Mai KT et al: Benign Hürthle cell adenoma with papillary architecture: a benign lesion mimicking oncocyctic papillary carcinoma. *Int J Surg Pathol*. 2005;13(1):37.
3. Mai KT et al: Papillary thyroid carcinoma and related thyroid neoplastic lesions: a light microscopic study with emphasis on nuclear changes. *Tumori*. 2000 May-Jun;86(3):238.

CITOLOGÍAS

Biopsias por aspiración de sistema nervioso central. Estudio realizado en el Servicio de Citología del Hospital General de México

Ventura Molina Claudia, Vanessa, Alonso de Ruiz Patricia, González Mena Ludwig

Hospital General de México.

Introducción: las biopsias por aspiración de sistema nervioso central se realizan por distintas técnicas: aspiración con aguja delgada sin estereotaxia o biopsias estereotáxicas. **Objetivo:** de la citología en sistema nervioso central es determinar si la lesión es benigna o maligna y el origen histológico. **Material y métodos:** se estudiaron 132 citologías de sistema nervioso central de enero del 2004 a julio del 2008. Las variables empleadas fueron: edad, sexo, valoración del material obtenido por el citopatólogo, técnica de biopsia, tipo de diagnóstico (definitivo, descriptivo, inadecuado) y diagnósticos. **Resultados:** Se estudiaron 75 hombres y 57 mujeres, con edad media de 35.54 años. En el 43.18% la técnica utilizada fue sin estereotaxia y el 56.82% con estereotaxia. El citopatólogo asistió en el 56.82% de los casos, relacionado con

la técnica utilizada. En el 67.42% el diagnóstico fue definitivo, en el 13.64% descriptivo y en el 18.94% inadecuado. En el 80.90% con diagnóstico definitivo, la técnica utilizada fue con estereotaxia. Del total de diagnósticos descriptivos, el 83.33% la técnica fue sin estereotaxia. En el 100% de los casos inadecuados no asistió el citopatólogo y la técnica fue sin estereotaxia. En la biopsia no estereotáxica el 29.82% tuvo diagnóstico definitivo y en la estereotáxica el 96%. En todos los casos inadecuados no se utilizó estereotaxia. Cuando el citopatólogo asistió, el 96% tuvo diagnóstico definitivo, el 4% descriptivo y ninguno inadecuado. En el 12.88% el diagnóstico fue benigno. El diagnóstico más frecuente fue glioma en el 33.33%. **Conclusiones:** la técnica empleada y la asistencia del citopatólogo son fundamentales para el diagnóstico definitivo en las biopsias por aspiración del sistema nervioso central.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liwnic BH, Masukawa T, Henderson K. Thin needle aspiration cytology of intracranial lesions: a review of 50 cases. *Acta Cytol* 1982; 26: 779-786.
2. Marshall LF, Adams H, Doyle D, Graham DI. The histological accuracy of the smear technique for neurosurgical biopsies. *J Neurosurg.* 1973; 39: 82-88.
3. Seliem RM, Assad MW, Gorombey SJ, Moral LA, Kirkwood JR, Otis CN. Fine-Needle Aspiration Biopsy of the Central Nervous System Performed Freehand under Computed Tomography Guidance without Stereotactic Instrumentation A Series of 130 Consecutive Patients. *Cancer* 2003; 99: 277-284.

Correlación clinicocitoradiológica del BI RADS III. En biopsia aspiración con aguja delgada guiada por ultrasonido.

NL Hernández, MJ Jaubert, PAJ Baraja, PI Padilla, EJC Barajas
Clínica de mama Hospital Renacimiento Morelia, Michoacán.

Introducción: utilizando la clasificación de BIRADS (*Breast Imaging Report and Data System*). Con lesiones mamarias categorizadas como BIRADS III Y con el método de BAAF guiada por ultrasonido, se hace una correlación citológico y clínico radiológica. Ya que poco se ha estudiado las lesiones BIRADS III En BAAF. **Objetivo:** correlacionar hallazgos citológicos en pacientes con BIRADS III en punciones guiadas por ultrasonido, en lesiones mamarias no palpables. **Material y métodos:** se utilizó una cohorte retrospectiva de 169 mujeres entre 37 y 69 años con BIRADS, 53 fueron categorizadas como BIRADS III mastográfico con lesiones no palpables. **Resultados:** la concordancia diagnóstica clinicoradiocitológica fue del 94% (49 benignos); positivas para malignidad fueron 3 (5.6%), falsos negativos 1(1.8%). **Conclusiones:** es necesaria la familiarización del equipo multidisciplinario, con el método BIRADS debido al aumento de las lesiones categorizadas como BIRADS III y los hallazgos clínicos y con la BAAF ya que este ofrece un método seguro en esta categoría de lesiones, así, se optimizan costos y riesgos y espacios hospitalarios

BIBLIOGRAFÍA

1. Portelli CM. Punción aspiración con aguja fina en lesiones ni palpables de mama y su correlación citohistológica. *Journal Patología* 2005;43:205-209.
2. Flores L. Importancia de la biopsia con aspiración de aguja fina (BAAF) en el proceso diagnóstico de lesiones mamarias. *Journal Patología*.2005;4: :57-59.
3. Fornage BD, Fariux MJ, Simatos A. Breast masses: US guided fine needle aspiration biopsy. *Journal Radiology* 1987; 162: 409-414.

Importancia del lavado y cepillado bronquial en neoplasias de pulmón

Arandia Barrios Jamnitz, Alonso de Ruiz Patricia, Gonzáles Mena Ludwig
Hospital General de México.

Introducción: en México, 75% de los casos de cáncer pulmonar se detectan en etapas avanzadas, 90% de estos fallecen en diez meses. La detección del carcinoma broncogénico, con tres o más estudios citológicos, permiten confirmar la neoplasia en el 73%, y tipificar la estirpe neoplásica. **Objetivo:** determinar la sensibilidad y especificidad del lavado y cepillado bronquial en los tumores pulmonares de febrero del 2006 al 2007 en pacientes del servicio de Neumología del H. General- Distrito Federal - México. **Material y métodos:** es un estudio descriptivo, retrospectivo, del Servicio de Neumología. Se estudiaron 75 pacientes con diagnóstico de Tumor pulmonar (TP), de febrero del 2006 al 2007. Variables: edad, sexo, Tipo de muestra (Cepillado bronquial (CB.), Lavado bronquial (LB.), biopsia o pieza operatoria (BPO), diagnóstico (maligno, benigno, descriptivo, inadecuado e inflamatorio). **Resultados:** se estudiaron 18 hombres y 57 mujeres; edad promedio de 64; rango de 32-88; En todos se realizó FBC, CB, y LB , el resultado se comparo con la BPO). De los cuales 55 -75% Fueron Malignos, (47-86% carcinomas, 5-9% ca. avanzados, 3 -5% displasias). 20-27% benignos (9-45% neumonías, 4-20% tuberculosis, 7-35% otros). Obteniendo 86.2%, en rendimiento de las tres pruebas, 1 falso negativo. **Conclusiones:** el estudio por FBC es un importante método diagnóstico en TP. El LB y CB tuvieron resultados positivos en 69/75, con rendimiento del 86,2%, cifra relativamente alta. Sugiere que estos tres estudios en forma conjunta son capaces de identificar y discriminar una lesión maligna de una benigna de forma rápida y a bajo costo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wassermann K, Gassanov N, Atay Z, Topalidis T, Dienes HP, Mathen F. The impact of cytology on the bronchoscopic diagnosis of lung cancer. *J Bronchol* 2004;3:154-159.

- Zavala DC. Diagnostic fiberoptic bronchoscopy: Techniques and results of biopsy in 600 patients. *Chest* 1975; 68: 12-9.
- Duarte J, Campos Wagner M de, Andrada Joa Lafayette R de. Nódulo pulmonar solitario: bases de avaliacao diagnostica. *Ann Bras Med* 1993;67(2):95-8.

Correlación citohistológica de la zona gris de la biopsia por aspiración con aguja fina de mama, con énfasis en los casos de "atipia citológica leve"

María Guadalupe Juárez Lara, María Evelin Cortés, Eva Guadalupe López, Rafael Peñavera, Jaime Alfonso Estrada, Mauricio Méndez, Enoé Quiñónez, Guillermina Lara Cuervo
Hospital Juárez de México.

Introducción: la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) de mama, actualmente permite una evaluación rápida de pacientes con anormalidades mastográficas de alto riesgo. Una zona gris existe entre las lesiones benignas y malignas en las BAAF de mama, ésta categoría está reservada para las lesiones en las cuales los criterios morfológicos se superponen y se considera un desafío diagnóstico.

Objetivo: establecer la correlación entre el estudio citológico e histológico del diagnóstico de "atipia citológica leve", "sospechoso" y "compatible con", en la BAAF de mama y conocer su significado clínico. **Material y métodos:** estudio retrospectivo de dos años de las BAAF de mama con diagnóstico de "atipia citológica leve", "sospechoso" y "compatible con". Se obtuvieron 30 casos, los cuales se correlacionaron con el estudio histológico para conocer su evolución. **Resultados:** en los casos con diagnóstico de atipia citológica leve, en el estudio histológico, 40% correspondió a una lesión maligna y 60% a una lesión benigna. En nuestro estudio las características morfológicas principales para diferenciar una lesión benigna de una maligna fueron la sobreposición

celular e incremento de la celularidad, sin presencia de nucléolos prominentes. **Conclusiones:** el diagnóstico de "atipia citológica leve" en la BAAF de mama es clínicamente significativo por su asociación con alta probabilidad de malignidad. No existen criterios morfológicos para diferenciar entre lesiones benignas y malignas, así que se recomienda que ante un diagnóstico de atipia, debe ser evaluada adicionalmente con el estudio histológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Chaiwun B, Sukhamwang N, Lekawanvijit S. Atypical and suspicious categories in fine needle aspiration cytology of the breast: histological and mammographical correlation and clinical significance. *Singapore Med J*. 2005; 46 (12): 706-709

Angiosarcoma epiteliode de la glándula suprarrenal, dificultad diagnóstica en biopsia por aspiración

Lino-Silva Leonardo Saúl y Arista-Nasr Julián

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: el angiosarcoma es un tumor raro que comprende < 1% de los sarcomas, la variedad epiteliode es rara y mas frecuente en tejidos blandos y órganos abdominales. Fue descrito en esta localización por primera vez en 1967 y se han reportado sólo 31 casos, 9 de ellos epitelioides. No hay estudios sobre el papel de biopsia por aspiración en estos tumores. Se informa este tumor para considerarlo en el diagnóstico diferencial. **Caso clínico:** en una mujer de 46 años con diabetes mellitus tipo 2 con pérdida de 10 kg de peso en 6 meses le es diagnosticado mediante tomografía computada un tumor en suprarrenal que aparentemente infiltra páncreas y pared gástrica. Se realizó biopsia por aspiración transendoscópica con reporte histopatológico de carcinoma poco diferenciado

metastásico. Posteriormente se realizó resección en bloque del tumor. El diagnóstico fue angiosarcoma epiteliode. El examen macroscópico mostró un tumor ovoide, delimitado de borde empujante que midió 7.1 cm y sustituye completamente la glándula suprarrenal; es café rojizo con áreas quísticas de aspecto esponjoso, áreas blanco-amarillentas y un nódulo esférico, amarillo bien delimitado. Histológicamente esta conformado por células epitelioides con luces vasculares individuales y formación de canales vasculares lineales anastomosantes. El diagnóstico emitido fue angiosarcoma epiteliode. **Conclusiones:** los sarcomas de la glándula suprarrenal son excepcionales, hasta hoy hay descritos sólo 46 tumores, 31 angiosarcomas (9 epitelioides), 13 leiomiomas y 2 tumores de vaina nerviosa. Los casos originados de la suprarrenal tratados con cirugía radical han tenido mejor sobrevida que el angiosarcoma habitual.

BIBLIOGRAFÍA

- Galmiche L, et al. Primary adrenal angiosarcoma. *Ann Pathol*. 2004;24(4):371-3.
- Al-Meshan MK, Katchy KC. An unusual angiosarcoma. A case report. *Med Princ Pract*. 2004;13(5):295-7.
- Azurmendi Sastre V, Llarena et al. Adrenal spindle cell angiosarcoma. Report one case. *Arch Esp Urol*. 2004 ;57(2):156-60.
- Pasqual E, et al. Adrenal angiosarcoma: report of a case. *Surg Today*. 2002;32(6):563-5.
- Wenig BM, Abbondanzo SL, Heffess CS. Epithelioid angiosarcoma of the adrenal glands. A clinicopathologic study of nine cases with a discussion of the implications of finding "epithelial-specific" markers. *Am J Surg Pathol*. 1994;18(1):62-73.

Diagnóstico de carcinosarcoma metastático a cicatriz umbilical mediante biopsia por aspiración con aguja fina. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Yuridia Lizeth Alvarado Bernal, Oralía Barboza Quintana, Raquel Garza Guajardo

Hospital Universitario José E. González, UANL.

Introducción: las lesiones umbilicales se identificaron primeramente en 1846. En 1960 se sugirió que representaban una metástasis a distancia y se dio el nombre de nódulo de la hermana María José, reconociendo a la enfermera quirúrgica que asocio estas lesiones con una malignidad interna. Se presenta el caso de un carcinosarcoma metastásico a un nódulo umbilical diagnosticado por BAAF.

Caso clínico: paciente femenina de 86 años con diagnóstico ultrasonográfico de carcinomatosis peritoneal, y presencia de una lesión redondeada, hipodensa a nivel umbilical. Se realizó BAAF obteniendo 10 extendidos que mostraron una neoplasia bifásica conformada por células epiteliales de aspecto maligno y células fusiformes organizadas al azar en un fondo necrótico. Se observaron además grupos de células intermedias con núcleos redondos embebidas en una matriz mixoide, correspondiente a diferenciación cartilaginosa. El patrón bifásico con elementos epiteliales malignos y sarcomatosos, orientó al diagnóstico de carcinosarcoma metastásico. La IHQ mostró inmunoreactividad para vimentina y S-100 en el componente sarcomatoso y para citoqueratina en el componente epitelial, la desmina fue negativa, confirmando el diagnóstico de carcinosarcoma. **Conclusiones:** la incidencia de metástasis umbilicales es del 1-3%. Los primarios más frecuentes son: gastrointestinal y ginecológico. La mayoría de estos son adenocarcinomas. La presencia de un patrón bifásico maligno con necrosis tumoral orienta al diagnóstico de carcinosarcoma, el estudio con inmunohistoquímica permite confirmar la presencia de los dos componentes y en su caso la presencia de elementos heterólogos. La ventaja de la BAAF es

que además de corroborar el diagnóstico de malignidad, orienta a buscar el sitio primario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galvan VG. Sister Mary Joseph's nodule. *Ann Intern Med.* 1998;128:410
2. Sahai K, Kapila K, Verma K. Fine-needle aspiration cytology of umbilical nodules: "Sister Joseph's nodule". *Diagn Cytopathol.* 2001;25(5):309-10.
3. Mourad WA, Sneige N, Katz RL, Caraway NP, Fanning TV. Fine-needle aspiration cytology of recurrent and metastatic mixed mesodermal tumors. *Diagn Cytopathol* 1994;11:328-332.

Criterios citológicos diagnósticos y limitaciones en el carcinoma lobulillar de mama. Experiencia en el Hospital General de México 2003-2008

Wendy Ximena Navarro García, Susana Córdova Ramírez

Hospital General de México.

Introducción: la biopsia por aspiración con aguja delgada, es un recurso muy importante en el diagnóstico de lesiones palpables de la mama, es ampliamente conocida su eficacia diagnóstica en las lesiones benignas y malignas. En lo que se refiere a las lesiones malignas es también conocida su alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de carcinoma canalicular, lo que no ocurre con el carcinoma lobulillar. **Objetivo:** determinar los criterios citológicos más frecuentes encontrados en las biopsias por aspiración con aguja delgada con diagnóstico de carcinoma lobulillar y confirmados por biopsia, así como evaluar los criterios citológicos en aquellos casos "sugerentes" de carcinoma lobulillar de igual manera confirmados por biopsia. **Material y métodos:** para éste trabajo se revisaron los archivos del Servicio de Patología del Hospital General de México (Citopatología y Patología Quirúrgica). En el periodo comprendido entre enero

del 2003 a agosto del 2008 se encontraron 21 casos de carcinoma lobulillar diagnosticados por citología, todo el material cuenta con tinción de Papanicolaou y Diff-Quik. En 11 de estos casos se realizó biopsia por trucut y de estos 11 casos, en 8 se realizó biopsia excisional y en 3 se realizó mastectomía. **Resultados:** se encontraron 8 casos de Carcinoma Lobulillar confirmados por histopatología, 2 casos correspondieron a carcinoma ductal y 1 caso a fibroadenoma. **Conclusiones:** los criterios diagnósticos citológicos más frecuentemente encontrados fueron hipocelularidad (62%), células ductales pequeñas (88%), formación de filas indias (38%), vacuolas citoplasmáticas (88%), núcleo pequeño (88%), variación en el tamaño celular (24%). La limitaciones más importante fue la hipocelularidad (62%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Dabbs DJ, Grenko RT, Silverman JF. Fine needle aspiration cytology of pleomorphic lobular carcinoma of the breast. Duct carcinoma as a diagnostic pitfall. *Acta Cytologica* 38:1994: 923-926.
2. De las Morenas A, Crespo P, Moroz K, Donnelly MM. Cytologic diagnosis of ductal versus lobular carcinoma of the breast. *Acta Cytologica* 39: 1995: 865-869.
3. Jan F. Silverman, Shahla Masood, Barbara SD, Helen H. Wang. Can FNA biopsy separate atypical hyperplasia, carcinoma in situ, and Invasive Carcinoma of the breast?. *Cytomorphologic criteria and limitations in diagnosis. Diagnostic Cytopathology*, 9;6: 713-728.

Dos patrones poco usuales en citología de mama

Ventura Molina Claudia Vanessa, Alonso de Ruiz Patricia, Córdova Ramírez Susana, González Mena Ludwig
Hospital General de México.

Introducción: la biopsia por aspiración con aguja delgada es un método rápido,

sencillo y de bajo costo, con una sensibilidad y especificidad elevada en mama. En citología mamaria estamos habituados a patrones comunes de lesiones benignas y malignas. Los criterios de carcinoma de mama son: muestra hiper celular, fondo necrótico, aumento de la relación núcleo: citoplasma, pleomorfismo nuclear, hiper cromasia, nucléolos evidentes y pérdida de cohesividad. Sin embargo hay lesiones con patrones poco usuales que dificultan el diagnóstico. Se informan dos casos con patrones poco usuales en citología mamaria. **Casos clínicos:** el primer caso: mujer de 48 años con lesión nodular en cicatriz quirúrgica de piel de mama izquierda. El segundo caso: mujer de 54 años con lesión nodular en cicatriz quirúrgica de piel de mama derecha. En ambos casos se realizó BAAD (núm. 18). El material fue teñido con Diff Quik y Papanicolaou. El primer caso: presentó muestra hiper celular, grupos de células cohesivas, sobrepuestas, con leve irregularidad nuclear, hiper cromáticas y prolongaciones citoplásmicas. En el fondo se identificaron células sueltas, fusiformes, con prolongaciones citoplásmicas bipolares, núcleos fusiformes, irregulares e hiper cromáticos. Por tanto el diagnóstico fue de carcinoma papilar de mama. El segundo caso: presentó muestra celular, grupos cohesivos de células fusiformes y otras epitelioides, pleomórficas, núcleos hiper cromáticos, membrana nuclear irregular, mitosis y abundantes células gigantes multinucleadas. Por tanto el diagnóstico fue de sarcoma de mama con abundantes células gigantes. En ambos casos se revisaron los cortes histológicos, el primer caso correspondió a carcinoma papilar invasor y el segundo a histiocitoma fibroso maligno con células gigantes. Por tanto, la citología tiene una elevada correlación con el diagnóstico histológico, a pesar de presentar características poco usuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomez A, Mayayo E, Azua J, Arraiza A. Papillary neoplasms of the breast:

- clues in fine needle aspiration cytology. *Cytopathology*. 2002; 13: 22-30.
2. Simsir A, Waisman J, Thorner K, Cangiarella J. Mammary lesions diagnosed as "Papillary" by aspiration biopsy. 70 cases with follow-up. *Cancer*. 2003; 99: 156-165.
3. Kijima Y, Umekita Y, Yoshinaka H, et al. Stromal sarcoma with features of giant cell malignant fibrous histiocytoma. *Breast Cancer*. 2007; 14: 239-244.
4. Seo Jeong O, Kim K, Hong T, Park W, Kim J, Jung S. *J Korean Med Sci*. 2004; 19: 477-480.

DERMATOLÓGICOS

Expresión de TdT, Pax-5 y citoqueratina OSCAR en el carcinoma de células de Merkel. Estudio de 12 casos.

Perla Esther Zaragoza Vargas, Carlos Ortiz Hidalgo
Hospital ABC.

Introducción: los tumores neuroendocrinos primarios de piel fueron descritos desde 1972 por Toker bajo el nombre de carcinoma trabecular y posteriormente en 1978 lo renombro como carcinoma de células de Merkel (CCM) ante la evidencia por microscopia electrónica de la presencia de gránulos neuroendocrinos electrodensos en las células tumorales. Por inmunomarcación, el CCM expresa marcadores epiteliales y neuroendocrinos. Reciente mente se informó la expresión de Pax-5 y TdT el CCM. **Objetivo:** en este estudio presentamos el análisis inmunohistoquímico de 12 casos de CCM para valorar la expresión de TdT, Pax-5 y OSCAR. **Material y métodos:** se realizó inmunomarcación de 12 casos de CCM, utilizando diversos anticuerpos como la citoqueratina 20, citoqueratina AE1-3, NSE, CD56, cromogranina A y sinaptofisina. Además se estudio la expresión de TdT, Pax-5 y la panqueratina OSCAR. **Resultados:** de los 12 casos 7 fueron mujeres y 5 hombres (rango de edad de 58 a 90 años) (media 69.8 años). La localización más frecuente de carcinoma

de células de Merkel fue de 41.6% en extremidades y 33.3% en cabeza y cuello. De los 12 casos, 6 mostraron positividad nuclear para TdT y 8 con el Pax-5. A once de los doce casos se les realizó inmunomarcación con panqueratina OSCAR la cual fue positiva difusa en la membrana con patrón de punto paranuclear. **Conclusiones:** la expresión de TdT y Pax-5 en el CCM pueden proveer soporte adicional para establecer su diagnóstico diferencial, sin embargo es importante excluir por su histomorfología semejante, infiltración por linfomas/leucemias linfoblásticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sur M, AlArdati H, Ross C, Alowami S. TdT expression in Merkel cell carcinoma: Potential diagnostic pitfall with blastic hematological malignancies and expanded immunohistochemical analysis. *Modern Pathology* 2007; 20:113-1120.
2. Henry Y. Dong, MD, Ph D, W. B- Cell Specific Activation Protein Encoded by the Pax-5 gene is commonly expressed in Merkel cell carcinoma and small cell carcinomas. *Am J Surg Pathol* 2005; 29:687-692.

Dermatofibrosarcoma protuberans facial pigmentado

Paola Estela Mota Tapia, Fernando de la Torre Rendón,** Esperanza Tamariz Herrera MA,* Sergio Cruz Barajas MA***

* Anatomía patológica.

** Cirugía oncológica.

Hospital Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

Introducción: el dermatofibrosarcoma protuberans es una neoplasia poco común de comportamiento agresivo local, la forma pigmentada es aún más rara aunque igualmente agresiva. Su histogénesis es aún controvertida. **Caso clínico:** hombre de 56 años, sin antecedentes importantes para el padecimiento el cual lo inició hace 20 años con aumento de volumen en la región cigomática derecha, poco

dolorosa, se le resecó una neoformación en 1989 sin enviarse a estudio histopatológico. Desde entonces se le realizaron 4 cirugías faciales por recurrencias, la última en 2005. Desde esa fecha aumentó notablemente su ritmo de crecimiento. A la exploración física en abril de 2007 se encontró masa en la región malar derecha infraocular, blanda, móvil, no adherida a planos profundos, con red vascular visible, y refirió disminución del campo visual y dolor leve. Fue intervenido nuevamente y se envió a Patología huso de piel de 5 x 2 x 1.5 cm con nódulo en dermis de 1.2 cm de diámetro, al corte de superficie homogénea blanca, consistencia firme, bien delimitado, en contacto con el borde profundo. Se recibieron otros 3 fragmentos referidos como bordes quirúrgicos profundo y laterales de la lesión. **Hallazgos microscópicos:** al microscopio se encontró tumor formado por células ahusadas con patrón estoriforme que infiltraba toda la dermis, grasa y anexos cutáneos; entre ellas se identificó una población de células dendríticas con melanina. Se realizó estudio de inmunohistoquímica que reveló positividad a CD34 de las células fusiformes y a proteína S-100 de las células dendríticas y pigmentadas. El resto de los marcadores (HMB45, desmina, actina específica de músculo liso) fueron negativos. Reveló un patrón mixto entre dermatofibrosarcoma y neurofibroma pigmentado, sin embargo su apariencia histológica así como su evolución clínica permiten relacionarlo más con el dermatofibrosarcoma protuberans pigmentado (tumor de Bednar) que con un neurofibroma pigmentado. La proteína S-100 fue positiva sin embargo la reacción para HMB 45 fue negativa. **Conclusiones:** aunque su origen ha sido controvertido (fibroblástico, histiocítico o neural), el dermatofibrosarcoma protuberans pigmentado se considera actualmente un tumor fibrohistiocítico de malignidad intermedia. Es raro, se encuentran aproximadamente 4 casos en cada 100 000 especímenes de biopsias, menos del 5%

de los dermatofibrosarcomas protuberans, tiene presencia de células con melanina dispersas entre el tumor, que muestran forma bipolar o multipolar con numerosos procesos interconectados con una membrana basal y melanosomas lo que indica que el tumor sintetiza y no sólo es colonizado por estas células. La cantidad de estas células varía desde visibles macroscópicamente hasta sólo detectables por microscopia. La proteína S-100 es habitualmente negativa al contrario de los tumores neurales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dupree WB, Langloss, IM, Weiss SW. Pigmented dermatofibrosarcoma protuberans (Bednar tumor). A pathologic ultrastructural and immunohistochemical study. *Am J Surg Pathol* 1985;9:630-9.
2. Ding JA, Hashimoto H, Sugimoto T, Tsuneyoshi M, Enjoji M. Bednar tumor. An analysis of six cases. *Acta Pathol Jpn* 1990, 40:744-54

Enfermedad de Kimura en órbita. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

María Elena Rosales Gradilla M, Dulce María Isabel Mendiola Quintana
Hospital de Alta Especialidad Centro Médico Nacional de Occidente (IMSS).

Introducción: la enfermedad de Kimura fue descrita por primera vez en 1937 en la bibliografía china por HM Kimm y C Szeto como "linfocitoma hiperplásico eosinofílico". La descripción histológica definitiva fue publicada en 1948 por Kimura y cols. Es un desorden inflamatorio, con proliferación angiolinfocítica en los tejidos blandos profundos, eosinofilia y elevación de la IgE, de curso crónico, etiología desconocida, es endémica en Orientales, aparece como nódulos en el tejido celular subcutáneo en la cabeza y nuca en adultos jóvenes. Por lo general se asocia a linfadenopatía, o lesión de las glándulas salivales. Presentación del caso de un paciente

masculino, no oriental, con Enfermedad de Kimura de localización orbitaria, tratado previamente con quimioterapia y radioterapia, con persistencia y progresión de la enfermedad. Y revisión de la bibliografía. **Caso clínico:** se revisó la clínica, el diagnóstico histopatológico y la bibliografía, de un caso de masculino de 46 años que presenta tumoración orbitaria izquierda de 18 meses de evolución con involucro de tejidos blandos de cabeza, y parótida. BH con eosinofilia de 110, e IgE sérica 2270. TAC: Tumoración orbitaria la cual se encuentra destruyendo piso de órbita. Previamente manejado con quimioterapia CHOP y Rt en órbita, mejilla y cuero cabelludo, sin cambios post tratamiento. El estudio histopatológico de ambas biopsias muestran: La primera hiperplasia linfocítica severa predominantemente nodular, con proliferación discreta de vasos pequeños centrofoliculares y proliferación interfolicular de linfocitos T, células plasmáticas e histiocitos y gran número de eosinófilos, algunos en acúmulos penetrando al centro germinal, con proliferación de vénulas de aspecto post capilar y leve fibrosis estromal, con depósitos focales de IgE en el centro germinal. La segunda muestra: cambios regresivos, disminución de la hiperplasia linfocítica, sustitución fibrosa del estroma y fibrosis perivenular, persistiendo el gran componente de eosinófilos y folículos remanente. Siendo compatibles los hallazgos clínicos, de laboratorio e histopatológicos con enfermedad de Kimura. **Conclusiones:** la mayoría de los pacientes con enfermedad de Kimura han sido reportados en poblaciones Asiáticas. Casos esporádicos se han descrito en otros grupos étnicos. La cirugía es la terapia de elección, aunque corticoides sistémicos, terapia citotóxica y radioterapia han sido usados. La recurrencia es común. Es una entidad clinicopatológica distintiva que debe ser separada de hipersensibilidad y agentes infecciosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Archives of Ophthalmology, Volume 122(6), June 2004:917-919.
2. The American Journal Surgical Pathology, Volume 24(1), February 2002, pp 43-49.
3. Am. J. S. P. Volume 28(4), April 2004, pp 505-513
4. Rev Esp Cir Oral y Maxilofac 2006;28,6 (noviembre-diciembre):353-358 © 2006 ergon

Mioepitelioma histológicamente benigno en cara lateral de pie: presentación de un caso

Ana Graciela Puebla Mora,* Ana María Cano Valdez,** Martha Laura García Valdez*

* Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, Dr. Juan I. Menchaca.

** Instituto Nacional de Cancerología, México.

Introducción: los mioepiteliomas son neoplasias con componente predominantemente mioepitelial. Según la OMS se clasifican en la familia tumores mixtos/paracordoma. Las principales localizaciones son glándulas salivales, mama y laringe, generalmente son tumores bien circunscritos y frecuentemente nodulares, definidos por una cápsula fibrosa. Este tumor rara vez se localiza a nivel cutáneo y subcutáneo, por su morfología puede ser fácilmente confundida con tumores de glándulas ecrinas y con cualquier tumor de aspecto epitelial e inclusive melanocítico en esta zona. **Caso clínico:** femenino de 53 años, conocida por el servicio de Cirugía Plástica, sin antecedentes heredo-familiares de importancia para el caso. Con antecedente de resección de lesión en pie derecho hace 7 años, recurrencia a los seis meses de la primera cirugía, resección posterior; nueva recurrencia en 2006. Sin manifestaciones hasta el 2007 que presentó tumor en quinto orjejo de mismo pie, con parestesias que se agravan a la compresión. Se recibe un elipse cutáneo en el que se observa una lesión subcutánea, nodular, bien circunscrita, en contacto con

el límite quirúrgico profundo, con áreas mixoides y áreas de hemorragia. **Hallazgos microscópicos:** Microscópicamente la lesión está constituida por nidos bien circunscritos e hiper celulares, de células de epitelioides a fusiforme, en un estroma mixoide y con áreas hialinizadas, tipo membrana basal. Se identifican zonas de hemorragia y microcalcificaciones.

Reacciones de Inmunohistoquímica: citoqueratina (+), vimentina (+), PS-100 (+), Actina de músculo liso (+), Calponina (+), p63 (-), PAGF (-), HMB45(-) y EMA (-). **Microscopia electrónica:** se encontraron células mioides así como matriz extracelular abundante. Entre las células epitelioides hay uniones intercelulares de tipo desmosoma, y en su citoplasma se identifican cuerpos densos. **Conclusiones:** desde 1998 sólo se han reportado 25 casos de mioepitelioma de piel, 21 benignos, 3 con recurrencia local y uno con metástasis a distancia; su presentación es como nódulos, dolor, parestesias, o como hallazgo incidental, la morfología celular es muy variada en un estroma hialino o condromixoide, puede tener diferenciación ductal en el 5 al 10%, osificación y en un caso se ha reportado patrón angioma-toide. Entre los principales diagnósticos diferenciales a considerar se encuentran: adenoma pleomorfo, siringoma condroide, condrosarcoma mixoide extraesquelético, tumores de células fusiformes, metástasis de carcinoma de células renales, adenocarcinoma, paracondroma, paraganglioma y melanoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am J Surg Pathol 25(3): 348-355, Annals of Diagnostic Pathology 11 (2007) 190-198.
2. Am J Surg Pathol 1998;22:772-3. Pathol Int 1999;49:571-6. Am J Surg Pathol 2003;27:1183-96. 3. Head and Neck 2004;26:470-3. Rosai and Ackerman Surgical Pathology, Pág. 2327.
4. Am J Surg Pathol 1997;21(1):13-22. Am J Dermatopathol 2008;30(1):86-87.

Mixoma cutáneo: presentación de un caso

Ana Graciela Puebla Mora, Ana María Cano Valdez, Ma. Lourdes Sánchez Martínez, Juan Maldonado Castellano
Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Introducción: las lesiones mixoides de piel y tejidos blandos constituyen un grupo amplio de lesiones, que se han compactado en cinco entidades: mixoma intramuscular, mixoma yuxtaarticular, angiomixoma superficial (mixoma cutáneo), angiomixoma agresivo y neurotecoma mixoide. Estas constituyen formas clinicopatológicas específicas, con comportamiento diferente, que hace necesaria su identificación. **Caso clínico:** hombre de 17 años sin antecedentes de importancia, con lesión en glúteo, de aparición de novo, con crecimiento lento, no dolorosa. Se realizó biopsia excisional, el espécimen consistía en huso de piel y tejidos blandos, en los que se identificó tumor de 5 x 5 x 4.5 cm., de bordes empujantes, aspecto gelatinoso, color blanco amarillo. Los cortes histológicos mostraron una lesión vascularizada, lobulada, de fondo mixoide, no encapsulada y formación de pseudoquistes, la formada por células fusiformes y estrelladas con núcleos elongados sin atipia. El estudio de inmunohistoquímica mostró vimentina (+), CD34 (+) PS-100 (-), queratina(-). El tumor mixoide cutáneo también conocido como angiomixoma superficial, fue descrito por Carney en 1986. Es más frecuente en hombres en edad media, con un pico de incidencia de 20 a 40 años. Puede presentarse en cualquier tejido superficial y es de crecimiento lento. Son tumores circunscritos, de 1-5 cm, y de aspecto gelatinoso al corte. Consisten en proliferación de células fusiformes o estelares depositadas en el estroma mixoide. Tienen una prominente vascularización arborescente, que puede simular liposarcoma. Las células neoplásicas expresan vimentina y CD34 y raramente

tiñen para citoqueratina y PS-100. Se han reportado casos con inmunorreactividad para actina de músculo liso y desmina.

Conclusiones: el diagnóstico diferencial se hace con lesiones mixoides de bajo grado y tumores benignos e incluyen: angiomixoma, tumor mucinoso cutáneo focal, quiste mixoide cutáneo, mixoma de vaina de nervio dérmico y liposarcoma. Se debe descartar complejo de Carney, que coexiste hasta en 54% de pacientes con este tipo de lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Annals of Diagnostic Pathology, 2000; 4(2): 99-123
2. Soft Tissue Tumors Fifth Edition.
3. Rosai and Ackerman. Surgical Pathology Vol. 2 Ninth Edition.

Lesiones dérmicas fibrohistiocíticas como principal manifestación histopatológica en tres casos de lepra (diagnóstico de novo)

Perla Patricia Bastida Maldonado, Rosa María Silva López, Jesús Ángel Villagrán Uribe, Leilanie Arias
Hospital General Dr. Miguel Silva.

Introducción: “la Lepra milenaria”; enfermedad de la que se hace mención desde pasajes bíblicos, miles de años después y hasta hoy en día representa un problema de salud pública; reportes epidemiológicos indican un decremento en la incidencia; situación que propicia la poca o nula sospecha clínica. Se presentan tres pacientes con diagnóstico de novo, de lepra lepromatosa, comprobados, no sospechados clínicamente, vistos en el Hospital Dr. Miguel Silva, en un periodo comprendido del 2007-2008, con características histopatológicas que semejan una lesión fibrohistiocítica. **Casos clínicos:** se recabo del Departamento de Anatomía Patológica, tres biopsias de piel; se procesaron mediante inclusión en parafina y tinción de Hematoxilina/Eosina, además tinción de Zielh Neelsen, observándose al microscopio óptico, por tres médicos

especialistas patólogos con experiencia. Los datos clínicos se obtuvieron del archivo del Hospital General. Los tres casos de Lepra Lepromatosa, mostraron características histopatológicas fibrohistiocíticas, dadas por la presencia de lesiones nodulares bien delimitadas en dermis, conformadas por células ligeramente ahusadas y de aspecto histioide, entre las cuales mediante tinción de Zielh Neelsen se identifican globias de *Micobacterium leprae*. **Conclusiones:** características similares se han descrito en la lepra histioide, variedad de lepra lepromatosa, subtipo poco frecuente, que se presenta por resistencia a fármacos, tratamientos inadecuados o mutaciones, tras una amplia revisión de casos en la bibliografía, incluyendo la Revista Mexicana de Dermatología, no se especifica la incidencia real de ésta presentación inusual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Travel Med Infect Dis. 2008; Sep; 6:311-4.
2. Am J Clin Dermatol, 2006; 2:203-11.
3. Lepr Rev 2002 Jun; 60:118-23.

Enfermedad de Rosai-Dorfman extraganglionar. Presentación de cuatro casos

Dulce María Isabel Mendiola Quintana, María Elena Rosales Gradilla, Ana Beatriz Munguía Robles, Gerónimo Martín Tavares Macías

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades. UMAE, CMNO, IMSS.

Introducción: descrita en 1965 por Destombes y definida como una entidad clínico patológica distinta en 1969 por Rosai y Dorfman, quienes la llamaron “Linfadenopatía Masiva con Histiocitosis Sinusoidal” (LMHS). Estas entidades, la clásica LMHS y la Enfermedad de Rosai-Dorfman Extraganglionar (ERDE) se caracterizan por una proliferación de histiocitos, que muestran emperipolesis

con linfadenopatía masiva principalmente cervical, con curso clínico benigno y resolución espontánea. La ERDE ocurre en 25 al 40% de los casos y afecta: piel, nasal, senos paranasales, párpado, órbita, glándulas salivales, tracto respiratorio, sistema nervioso central, riñón y hueso. **Casos clínicos:** Caso núm.1 Femenina de 37 años como una tumor PALPEBRAL IZQUIERDA de 6 años de evolución con hipertensión ocular y pseudoptosis y varias recurrencias. Caso núm. 2: femenina de 41 años cursó con tumor en GLÁNDULA LAGRIMAL IZQUIERDA de 24 meses de evolución. Caso núm. 3: femenina de 55 años quien cursó con nódulos CUTÁNEOS profundos de un año de evolución, de 1 a 2 cm, localizados en brazo, con aspecto de lipoma. Caso núm. 4: masculino de 38 años, con Dx clínico y por imagen de lesión MENÍNGEA en piso exterior. Los hallazgos histopatológicos mostraron que las lesiones estaban formadas por una proliferación en forma difusa y en grupos de células histiocíticas grandes, de citoplasmas amplios ligeramente eosinófilos con emperipolesis discreta, sus núcleos no mostraban atipias. Se observaron además células gigantes multinucleadas, linfocitos pequeños, células plasmáticas y ocasionales folículos linfoides con centros germinales. La inmunohistoquímica realizada mostró: positividad para la proteína S100 en los histiocitos con la emperipolesis. Se observó positividad para CD3, y CD20 en población linfoide acompañante. **Conclusiones:** la ERD es una entidad clínico patológica distinta, caracterizada por la proliferación Ganglionar y Extraganglionar de histiocitos grandes, de citoplasma pálido, que exhiben emperipolesis y son positivos para S100 y negativos para CD1a., suele tener una evolución favorable con resolución espontánea en algunos casos y recurrencias para otros. Se presentaron 4 casos de ERDE: Uno de ellos cutáneo, siendo esta localización reportada en la bibliografía hasta en el 27% de los casos de ERDE,

2 casos oftalmológicos siendo esta manifestación observada en la bibliografía hasta en el 10% de los casos de ERDE, por ultimo un caso en SNC, siendo esta presentación vista hasta en el 4% de los casos de ERDE en algunas series.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am J S P Volume 31(3), March 2007, pp 341-350.
2. Am J S P Volume 24(5), October 2002, pp 385-391.
3. Neurology Volume 67(9), 14 November 2006, pp 1551-5.
4. The Journal cornea and external disease Volume 27(3), April 2008, pp 378-381.

HEMATOLÓGICOS

Linfomas primarios de anexos oculares

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

Asociación para Evitar la Ceguera en México.

Introducción: 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 estas estructuras. **Objetivo:** conocer la frecuencia de los diferentes tipos de linfomas de los anexos oculares (LAO) en un hospital de concentración oftalmológica de pacientes mexicanos, utilizando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). **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 periodo de 51 años (1957-2008) Se reevaluaron las laminillas de todos los casos, con

tinciones de hematoxilina-eosina y PAS. La mayoría de los casos contaban con estudio de inmunohistoquímica. Todos los casos fueron reclasificados utilizando la clasificación de la WHO. **Resultados:** se obtuvieron un total de 110 casos de LAO. El tipo más frecuente encontrado fue el Linfoma extraganglionar de la zona marginal de tipo MALT (68%). La principal localización fue la orbitaria (40%) seguida de la conjuntival (33%). De manera similar a lo encontrado en otras series el sexo femenino tuvo una mayor afección, con una edad promedio en el momento del diagnóstico de 57 años.

Conclusiones: los LAO en población mexicana son más frecuentes en adultos mayores, tienen predilección por mujeres, el sitio más afectado es la órbita, la mayoría corresponden a linfomas de bajo grado de células B (LEZM/MALT) y al momento del diagnóstico se encuentran por lo general en estadios clínicos tempranos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Couplan SE, Krause L, Delecluse HJ, et al. Lymphoproliferative lesions of the ocular adnexa. Analysis of 112 cases. *Ophthalmology* 1998;105:1430-41.

Reclasificación de linfomas no Hodgkin T por TMA, inmunohistoquímica, biología molecular, su asociación con virus de Epstein-Barr y expresión del factor nuclear $\kappa\beta$ como factores pronósticos

Fredy Chablé Montero, Daniel Montante Montes de Oca, Braulio Martínez Benítez, Cesar Lara Torres, Ulises Popoca Barriga, Carmen Lome Maldonado
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: los linfomas T representan el 12% de los linfomas no Hodgkin (LNH). No existen estudios epidemiológicos en población de América Latina. Actualmente se desconoce la asociación entre VEB, LNH T y expresión del fac-

tor nuclear $\kappa\beta$ (NF- $\kappa\beta$) como factores pronósticos. **Material y métodos:** se analizaron casos con diagnóstico de LNH T del archivo de patología del INCMNSZ en 15 años. Se reclasificaron en bases morfológicas, de inmunohistoquímica y de hibridación in situ. Los datos clínicos se obtuvieron del expediente personal. **Resultados:** se obtuvieron 70 casos de LNH T, excluyéndose 11 por material insuficiente. La edad media de presentación fue de 40 años y no hubo predilección por género. Los síntomas B estuvieron presentes en el 82% de los casos. La localización extraganglionar fue la más frecuente (54%). En la tabla 1 se muestran los resultados de la reclasificación. La tasa de supervivencia global fue de 31 meses. La supervivencia fue ajustada a la presencia o ausencia de EBER y NF- $\kappa\beta$, donde se observó que esta se incrementa cuando EBER es negativo y NF- $\kappa\beta$ es positivo y disminuye cuando ambos son negativos. **Conclusiones:** los datos epidemiológicos obtenidos son similares a lo reportado en la bibliografía mundial. Se observa mayor prevalencia de linfomas T/NK de tipo nasal que en otras zonas geográficas. Se observó que la presencia de NF- $\kappa\beta$ se asocia a mejor supervivencia, aunque se desconocen los mecanismos celulares (cuadro 4).

Linfomas asociados a virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Características clínicas e inmunohistoquímicas y su asociación a infección por virus de Epstein Barr (EBV) y expresión del factor nuclear $\kappa\beta$ (NF $\kappa\beta$) como factores pronósticos

Daniel Montante-Montes de Oca, Fredy Chablé Montero, Braulio Martínez Benítez, Ulises Popoca Barriga, Cesar Lara Torres, Ana Ordóñez Barrera, Carmen Lome Maldonado
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: el VEB participa en la desarrollo de neoplasias linfoides mediante

Cuadro 4.

<i>Tipo histológico</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Linfoma no Hodgkin periférico de células T NOS	32	54.2
Linfoma anaplásicos de células grandes ALK1+	8	13.5
Linfoma T/NK tipo nasal	5	8.5
Linfoma T angioinmunoblástico	5	8.5
Linfoma T subcutáneo tipo paniculítico	5	8.5
Leucemia/linfoma linfoblástico pre-T	2	3.4
Linfoma NK blástico	1	1.7
Linfoma hepatoesplénico gd	1	1.7

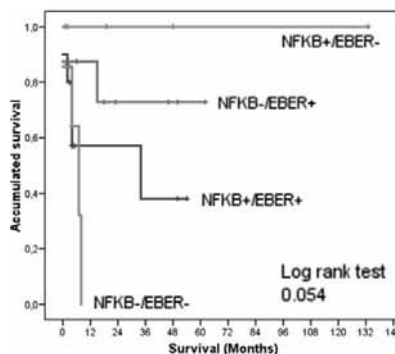
la interacción entre LMP1 y NFκB con la producción de factores antiapoptóticos.

Objetivo: conocer las características clínico patológicas de linfomas asociados a VIH y su asociación a infección por VEB y expresión NF-κβ. **Material y métodos:** se seleccionaron los casos de linfomas asociados a VIH/SIDA en 18 años. En cada caso se revisaron los cortes histológicos y de inmunohistoquímica. Los datos clínicos se obtuvieron del expediente personal. **Resultados:** se obtuvieron 57 casos; sólo 36 casos fueron evaluables. La edad de presentación fue de 40.1 años; el 95% se presentó en hombres y la localización ganglionar fue la más frecuente. La mayoría presentó una categoría CDC C3 y estadio clínico avanzado. Los tipos de linfomas fueron: Linfoma difuso de células grandes (25 casos), linfoma de Burkitt (6 casos), linfoma plasmablastico (3 casos) y linfoma de Hodgkin (2 casos). Se observó infección por VEB en 21 casos y expresión de NFκβ en 19 casos; en 12 casos ambos fueron positivos. La figura 1 muestra la supervivencia global basada en la expresión de VEB y NFκβ. **Conclusiones:** encontramos algunas diferencias en factores pronósticos de acuerdo a la expresión de VEB y NFκβ. Estos resultados sugieren mecanismos oncogénicos alternativos más complejos en el desarrollo de lesiones linfoproliferativas. Sin embargo, es indispensable estudiar más casos para determinar la relación entre

VEB y NFκβ como factores pronósticos (cuadro 5, figura 1).

Neoplasias de células T/NK maduras ganglionares y extraganglionares con fenotipo citotóxico asociados con hemofagocitosis extensa. Presentación de 10 casos con pronóstico adverso.

Ulises Popoca Barriga, Daniel Montante Montes de Oca, Braulio Martínez Benítez, Fredy Chablé Montero, Andrei Aguilar Magaña, Sharon Ortiz Arce, Brenda Noemí Marquina Castillo, Carmen Lome Maldonado

**Cuadro 5.**

<i>Expresión de NFκB/EBER</i>	<i>N</i>	<i>Sobrevida (meses)</i>	<i>DOD n (%)</i>
NFκB+/EBER-	5	1-133	0 (0)
NFκB-/EBER+	8	0-62	2 (25)
NFκB+/EBER+	10	0-54	5 (50)
NFκB-/EBER-	7	0-8	4 (57)

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: son procesos linfoproliferativos que se originan de células T maduras postímicas. Las células T y NK comparten propiedades funcionales e inmunofenotípicas por lo que en ocasiones es imposible separarlas. Su incidencia en la bibliografía mundial es de 7.6%. La importancia de definir el fenotipo citotóxico en estos procesos linfoproliferativos se basa en la posibilidad de considerarlo como factor pronóstico y su asociación con síndrome hemofagocítico (SHF) es relativamente frecuente. **Objetivo:** mostrar las características clínicas, histopatológicas, inmunofenotípicas y de biología molecular en 10 casos de neoplasias de células T/NK maduras con fenotipo citotóxico asociado a hemofagocitosis extensa así como el comportamiento clínico particularmente agresivo. **Material y métodos:** de un total de 48 casos de la serie principal de linfomas T/NK del instituto, se obtuvieron estos 10 casos que representan el 20.8% y se estudiaron las características clínico-patológicas, inmunofenotípicas y de biología molecular en tejido ganglionar y extraganglionar de material quirúrgico y de necropsia. **Resultados:** (cuadro 6). **Conclusiones:** estos 10 casos muestran características peculiares en pacientes mexicanos, jóvenes (promedio cuarta década de la vida), estadio clínico avanzado y pronóstico adverso. Factores como la citotoxicidad, síndrome hemofagocítico y la asociación con virus de Epstein-Barr, pueden tener una influen-

Cuadro 6. Resultados

Caso	Sexo	Edad	Estadio	Extraganglionar	IPI	Estado	LMP1	EBER
1	H	32	IVBse	1	alto-int	Perdido vivo	Negativo	positivo
2	H	37	IVBe	1	alto-int	Muerto por enfermedad	Negativo	positivo
3	H	34	IVB	0	bajo-int	Vivo con enfermedad	Negativo	negativo
4	M	29	IIB	0	Bajo	Vivo con enfermedad	Negativo	negativo
5	M	19	IIIB	0	bajo-int	Perdido vivo	Negativo	negativo
6	M	22	IVBe	1	bajo-int	Muerto por enfermedad	no determinado	no determinado
7	H	41	IVB	0	alto-int	Vivo con enfermedad	no determinado	no determinado
8	H	25	IIIB	0	bajo-int	Perdido vivo	Positivo	no determinado
9	H	37	IVBse	1	alto-int	Perdido vivo	positivo	positivo
10	H	23	IVB	1	alto-int	Vivo con enfermedad	Negativo	No determinado

cia significativa en el mal pronóstico de estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blood 2005;105:1648-1651.
2. Blood 2005;105:4424-4428.
3. Blood 2005;106:3090-3096.
4. Immunological Reviews 2005;203:165-179.
5. Immunol Allergy Clin N Am 2008;28:293-313.

Linfoma nasal T/NK su prevalencia en Hospital Español, Hospital Militar y Centro Médico Nacional La Raza

Elia Yadira Peniche Moreno, Laura Díaz de León, Alejandra Zárate Osorio
Hospital Español, Hospital Militar, Centro Médico Nacional La Raza.

Introducción: el linfoma nasal de células T/natural killer (NK), fue denominado angiocéntrico/angioinvasor, descrito por McBride en 1897, se clasificó como tal en el año 2001 por la Organización Mundial de la salud (OMS). Su incidencia en el mundo occidental representa aproximadamente el 1.0% de los LNH, es más común en Asia y América central y del sur, El origen de esta diferencia geográfica no ha sido aclarado, la incidencia relativamente elevada de los LNT/NK coincide con las áreas endémicas de infección del VEB. Es una enfermedad de afectación

predominantemente extraganglionar, de curso clínico agresivo y pobre respuesta al tratamiento. Las Lesiones se localizan fundamentalmente en el tracto aerodigestivo superior, en fosas nasales, nasofaringe orofaringe, cavidad oral, paladar y senos paranasales. La forma de presentación clínica más típica se caracteriza por obstrucción nasal y tumor nasal, son destructivas y pueden estar restringidas ala cavidad nasal o afectar estructuras adyacentes. (Nasofaringe, senos paranasales, cavidad oral); presentan un curso rápidamente progresivo, se trata de un linfoma de alto grado, con un pobre pronóstico. Existe un pequeño número de pacientes que pueden presentar manifestaciones en localizaciones distintas de la facial como la piel de otras partes del cuerpo, los pulmones y el tracto gastrointestinal. El linfoma T/NK extraganglionar es más común en varones adultos jóvenes. El diagnóstico definitivo de esta entidad es histopatológico, se caracteriza por invasión vascular, necrosis y presencia de células inflamatorias. La necrosis es constante y probablemente se debe a la angioinvasión o a la expresión de un factor de necrosis tumoral (TNF) inducido por el VEB. Algunos investigadores ,han sugerido un origen monoclonal para las células NK, como el CD56 +, CD2 + y en una minoría de los casos de células T periféricas CD 2+, CD56- de fenotipo T

citotóxico.(postímicas). **Presentación de casos.** En el Hospital Español, que es un centro de referencia nacional de neoplasias linfoides aunado al Hospital Militar y Centro Médico Nacional “La Raza”, de un total de 1800 linfomas, se han recopilado hasta la fecha 25 linfomas T-NK, representando aproximadamente el 1.4% El comportamiento epidemiológico de estos linfomas es muy similar a lo informado en la bibliografía mundial, presentado las características de inmunohistoquímica con CD20, CD3, CD56, CD123, CD30, perforina, granzima, Tia-1, CD2, CD4, CD8.

Enfermedad de Castleman en pulmón, asociada a tumor del estroma gastrointestinal, tumor endocrino del páncreas y meningioma

Francisco Javier Llamas Gutiérrez, Saúl Lino Silva, Arturo Ángeles Ángeles, Norma Ofelia Uribe Uribe.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: la enfermedad de Castleman (EC) descrita en 1956 como tumor linfoide, se clasifica en multicéntrica o localizada; e histológicamente en hialino-vascular (90%), predominio plasmocitario (8-9%) y mixta (1-2%) Se ha relacionado a infección por HHV8 y sobreproducción de IL-6₄; se caracteriza

por presentar plasmocitosis, folículos en regresión, proliferación dendrítica y del estroma. Se ha relacionado a sarcoma de células dendríticas y tumores vasculares. Se reporta la asociación de EC con las neoplasias a continuación mencionadas.

Caso clínico: mujer de 54 años con un tumor pulmonar derecho parahiliar de 21 años de evolución, disnea y hemoptisis; le fue realizada pneumectomía derecha, la evolución postquirúrgica fue tórpida y falleció horas después. El estudio patológico reveló una lesión de 8 x 4.5 cm, parahiliar, que correspondió a la variedad hialino-vascular de la EC. En la necropsia se encontró además un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de 3 cm en íleon (C-KIT+ y CD-34+), un tumor endocrino (6 mm) en páncreas positivo para glucagón y un meningioma frontal (0.5 cm). **Conclusiones:** no hay asociación previa entre EC, GIST, meningiomas o tumores endocrinos pancreáticos. De los síndromes genéticos relacionados al mal funcionamiento de genes reguladores de proliferación celular, el síndrome de MEN1 engloba tumores endocrinos y no endocrinos (meningiomas); sin embargo este caso no cumple con criterios para el síndrome. La enfermedad de Castleman ha sido asociada a neoplasias relacionadas a la infección por HHV8 (sarcoma de Kaposi, Linfomas B), la variedad hialino-vascular por otro lado sólo ha sido asociada a sarcomas de células dendríticas y a tumores vasculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Severson GS, Harrington DS. Castleman's disease of the leptomeninges. Report of three cases. *J Neurosurg*. 1988 Aug;69(2):283-6.
2. Tunru-Dinh VW, Ghani A. Rare case of Castleman disease involving the pancreas *Am Surg*. 2007 Dec;73(12):1284-7.
3. Guilherme Andrade Krawczun. Castleman's disease or angiofollicular hyperplasia as a solitary pulmonary nodule: case report. *J Bras Pneumol*. 2007;33(2):226-228.

4. Kyoung Hoon Rhee, Sang Soo Lee. Endoscopic ultrasonography-guided trucut biopsy for the preoperative diagnosis of peripancreatic castleman's disease: A case report. *World J Gastroenterol* 2008 April 7; 14(13): 2115-2117.
5. Patrick Pauwels, M.D., Paola Dal Cin, Ph.D. A Chromosomal Abnormality in Hyaline Vascular Castleman's Disease: Evidence for Clonal Proliferation of Dysplastic Stromal Cells. *The American Journal of Surgical Pathology* 2000, 24(6): 882-888.
6. Marietta M, Pozzi S, Luppi M. Acquired haemophilia in HIV negative, HHV-8 positive multicentric Castleman's disease: a case report. *Eur J Haematol* 2003; 70: 181-182.
7. Caselli E, Padovani D. Parotid localized Castleman's disease and HHV-8 infection: a case report *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2008 Mar;265(3):377-80.
8. Yates JA, Zakai NA. Multicentric Castleman disease, Kaposi sarcoma, hemophagocytic syndrome, and a novel HHV8-lymphoproliferative disorder *AIDS Read*. 2007 Dec;17(12):596-8, 601.

Leucemia mieloide aguda M6 (eritroleucemia) informe de un caso en necropsia pediátrica

Chavira Guerrero Luis Raúl, Vélez Gómez Ezequiel

Servicio Anatomía Patológica. Nuevo Hospital Civil de Guadalajara ODP Dr. Juan I. Menchaca.

Introducción: la eritroleucemia, se caracteriza por la proliferación de eritroblastos y mieloblastos, comprende el 2-7% de las leucemias mieloides agudas. El FAB, la clasifica dentro de las leucemias mieloides agudas como M6, los casos pediátricos son infrecuentes, en pediatría comprende el 1% de las leucemias. Se reporta el caso de necropsia en lactante, diagnóstico: Leucemia Mieloide Aguda M6, con infiltración a ganglios linfáticos, mediastinales retroperitoneales, mesentéricos, bazo, pulmón e hígado. **Caso clínico:** se recibe para necropsia cadáver de lactante de 4

meses, G2 obtenida por cesárea, con antecedente: madre portadora de antígenos de virus hepatitis C. Inicio cuadro clínico posterior a infección de vías respiratorias altas, con fiebre distensión abdominal, realizándose ultrasonido reportándose hepatoesplenomegalia. Se hospitaliza para protocolo de estudio, se realiza frotis de sangre a su ingreso el cual no reporta blastos, con hemoglobina de 7.9 g/dL, y plaquetas de 37.6 miles/uL. Leucocitos de 17 a 41 miles/uL. Cursando durante su estancia con fiebre y evacuaciones diarreicas. Transfundiéndose paquete globular en dos ocasiones sin mejoría. El aspirado de medula ósea compatible con proceso infeccioso, persistiendo con hepatoesplenomegalia. Presentándose posteriormente, insuficiencia respiratoria, edema generalizado y paro cardiorrespiratorio desencadenando la muerte. En la necropsia, macroscópicamente esplenomegalia de 320 g, microscópicamente frotis sanguíneo postmortem reporto precursores eritroides y mieloides, se identificó infiltración de formas inmaduras eritroides y mieloides en bazo, ganglios mediastinales, retroperitoneales, mesentéricos, hígado, pulmón e intestino delgado. Leucoestasis en cerebro, corazón. Microabsceso en hígado, medula ósea con celularidad del 100% empaquetada identificándose precursores inmaduros eritroides y mieloides. **Conclusiones:** la leucemia mieloide aguda M6 es una entidad rara en la edad pediátrica, presentándose clínicamente por una marcada esplenomegalia, anemia y plaquetopenia. Y la presencia de blastos de la serie eritroide en un 30% y blastos mieloides en un 20%, la etiología no está clara, su complicación son la predisposición a enfermedad oportunistas, el tratamiento es a base de quimioterapia, reportándose alta recurrencia y pronóstico malo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peta A. Tilbrook, Maturation of Erythroid Cells and Erythroleukemia

- Development Are Affected by the Kinase Activity of Lyn, *CANCER RESEARCH* 61, 2453-2458, 2000.
2. Dale M. Selby, Diagnostic criteria for acute erythroleukemia, blood, 2003 volume 101, number 7
 3. Vardiman JW, Harris NL, Brunning RD. The World Health Organization (WHO) Classification of the myeloid neoplasms. *Blood*. 2002;100:2292-2302.
 4. RP Hasserjian, J Howard, A Wood, Acute erythremic myelosis: a variant of AML FAB-M6. *Journal of clinical pathology*. 2001 Mar;54(3):205-9

Enfermedad de Gaucher: a propósito de un caso

Maira Ortiz Verdin, Jesus Villagran, Rosa Maria Silva, Leilanie Arias González
Hospital General Dr. Miguel Silva.

Introducción: descrita en 1882, por Philippe Charles Gaucher. En 1965, Brady demostró que resulta por deficiencia de la enzima glucocerebrosidasa, provocando la acumulación de glucosilcerebrósido en el sistema retículo endotelial. En 1948, Groen describe la transmisión genética de la enfermedad, es una enfermedad autosómica recesiva, que puede afectar cualquier raza, cuyo tratamiento es exclusivamente la terapia de reemplazo enzimático. Se revisa la bibliografía reciente sobre enfermedad de Gaucher, criterios para el uso de la terapia de reemplazo enzimático y disponibilidad en México, así como presentar un caso a propósito. **Caso clínico:** se presenta hombre de 22 años de edad, quien ingresó con diagnóstico de Colecistitis Aguda Litiásica, durante su estancia se encontró hepatoesplenomegalia, dolor óseo, presentó alteraciones de pruebas de funcionamiento hepático (aumento de BD, BI, BT, TGO, TGP, FA), pancitopenia así como anisocromía, hipocromía, entre otras. Se enviaron biopsias de hígado, bazo y médula ósea, se observó infiltración por células grandes, de citoplasma pálido eosinófilo, sugestivas de enfermedad de Gaucher, la determinación posterior de la deficiencia

de la enzima fue positiva. **Conclusiones:** actualmente el tratamiento mediante la infusión de la enzima deficiente, alcanza el control sintomático y cambio radical en el pronóstico, por su alto coste y duración, las indicaciones son precisas. En México se lucha diariamente por que los enfermos tengan una atención adecuada y oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llorca I.L., Noguera O.V. Enfermedad de Gaucher. *Rev Diagn Biol. Sep*; 2002 51(3): 100-104.

Linfoma no Hodgkin mediastinal desmoplásico de células B grandes de alto grado. Presentación de un caso

Verónica de Jesús Macedo Reyes, Ezequiel Vélez Gómez
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Dr. Juan I. Menchaca.

Introducción: el linfoma de células B grandes difuso primario de mediastino requiere para su diagnóstico el conocimiento de su morfología, inmunofenotipo y sitio de presentación comprende el 7% de los linfomas de células B grandes difusos (2.4% de todos los linfomas no Hodgkin) en la clasificación de la REAL. Predomina en el sexo femenino y la edad media de presentación es en la cuarta década de la vida; manifestándose como una masa mediastinal anterior originada en el timo con compromiso respiratorio y síndrome de vena cava superior. La importancia de conocer este tipo de linfoma es porque frecuentemente se confunde con neoplasias de células germinales, melanoma metastásico, carcinoma tímico y adenocarcinoma metastásico. **Caso clínico:** niño de 12 años con tumor de mediastino anterior que se extendía hacia cuello, por lo que se le realizaron 2 biopsias del mismo con dimensiones para el fragmento mayor de 1 x 0.2 cm. Conclusiones: nosotros observamos un tumor maligno compuesto de células

grandes con características nucleares variables semejando centoblastos, con núcleos multilobulados, citoplasma claro y septos gruesos de tejido fibroconectivo semejando una distribución de neoplasia de origen epitelial. Se le realizó panel de inmunohistoquímica resultando keratina negativa, vimentina positiva en el estroma, CD45 positiva membranal y citoplasmática, CD20 positivo membranal y citoplasmático y CD3 negativo, por lo que se concluye como diagnóstico en un linfoma no Hodgkin mediastinal desmoplásico de células grandes B de alto grado (Clasificación de la REAL). Es importante reconocer bien esta entidad dada la confusión diagnóstica a la que se presta por su localización e imagen histológica

BIBLIOGRAFÍA

1. Knowles M. Daniel., *Neoplastic Hematopathology*, 2ª ed., 2001, p. 876-877.
2. Joachim Harry L., Ratech Howard; Joachim's Lymph Node Pathology, 3ª ed., 2002, p.424-427.

Infiltración rectosigmoidea por linfoma anaplásico de células grandes con inmunofenotipo nulo, en paciente pediátrico que simula perforación intestinal iatrogénica y colitis neutropénica: presentación de caso de autopsia

Francisco José Paz Gómez,* David Ávalos Reyes,* Javier Santiago Reynoso,** Jorge Cortez Sauza ***

* Departamentos de Anatomía Patológica

** Oncología Clínica Pediátrica

*** Oncología Quirúrgica Pediátrica(3)
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), León Gto., México

Introducción: el LACG de inmunofenotipo nulo es una entidad rara, representa menos del 5% de los linfomas no Hodgkin. No expresa receptores linfoides maduros con negatividad al rearreglo

del TCR.CD30(Ki-1)+ y sobreexpresa Cinasas del Linfoma Anaplásico (ALK-1) producto del gen NPM-ALK por t(2,5) y no asociado a Virus del Epstein Barr. Presentamos autopsia post-LAPE con sospecha de perforación intestinal iatrogénica en quien se demostró infiltración rectosigmoidea tumoral. **Caso clínico:** masculino de 4 años con un mes de evolución con dolor abdominal intenso que ameritó apendicectomía. Posteriormente desarrolló adenomegalia inguinal derecha con toma de biopsia que reportó linfadenitis necrosante, sin mejoría. Asociando posteriormente fiebre intermitente, mialgias, artralgias, pérdida de peso, hipoactividad y malestar. Referido al HRAEB donde se practicó laparotomía exploradora y estadificadora con posterior leucopenia y trombocitopenia postratamiento y sangre oculta en heces asociada a probable lesión parietal iatrogénica intestinal post-LAPE vs colitis neutropénica. El paciente fallece.

Hallazgos: proceso linfoproliferativo de células grandes pleomórficas con citoplasmas anchos y núcleos irregulares, algunas multinucleadas con nucléolos evidentes y mitosis atípicas con áreas que simulan sincicios sin necrosis. Inmunofenotípicamente corresponde a LACG/nulo CD30+, ALK1+, LMP-1EBV- con infiltración de ganglios linfáticos cervicales, mesentéricos, paravertebrales, paraórticos, peripancráticos, perigástricos, paracecales, perihiliares renales, peribronquiales y pared del rectosigmoidea con ulcera y hemorragia secundaria sin isquemia ni perforación. **Discusión:** series han revisado el comportamiento clínico y evolución del LACG en población pediátrica basados en diferentes criterios, la mayoría se diagnostican en estadios clínicos III o IV con involucro extraganglionar frecuentemente a piel (21%), médula ósea (17%) y tejidos blandos (17%). La infiltración visceral corresponde un dato de mal pronóstico. La infiltración rectosigmoidea es poco frecuente y su asociación con un procedimiento quirúrgico simuló una perforación.

Linfoma del manto extraganglionar en vesícula biliar. Presentación de un caso

Dulce María Isabel Mendiola Quintana, Gerónimo Martín Tavares Macías
Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades, UMAE, CMNO, IMSS.

Introducción: el Linfoma de células del manto es una entidad bien reconocida en la clasificación de Linfomas por la Sociedad Americana Europea y la OMS, comprende el 5-7% de los linfomas No Hodgkin. La frecuencia de involucro en el tracto gastrointestinal es del 10 al 28%. La poliposis linfomatosa múltiple reconocida por Cornes en 1961 es considerada la principal forma de presentación de linfoma de células del manto gastrointestinal. Presentación de un caso Linfoma No Hodgkin tipo Linfoma del Manto Extraganglionar de Vesícula Biliar, el cual se presentó como colecistitis crónica agudizada como manifestación inicial. **Caso clínico:** se trata de un paciente masculino de 68 años, portador de angina estable, presentó cuadro de colecistitis agudizada tratada conservadoramente durante 2 meses, sometido a colecistectomía abierta. El estudio histopatológico mostró infiltración de la Vesícula Biliar por un Linfoma No Hodgkin B Periférico tipo Linfoma del Manto. La neoplasia mostró patrón de crecimiento predominantemente difuso y ligeramente pseudonodular, el linfoma infiltraba mucosa, lámina propia y muscular propia con predominio de una población de células linfoides monomorfas, pequeñas y medianas, de núcleo ligeramente irregular con cromatina fina y ocasionales células macrofágicas, así como mitosis típicas. No se observó lesión Linfopitelial. Las tinciones de Inmunohistoquímica fueron positivas para: CD20, CD5, Bcl2 y ciclina D1. Concluyéndose como Linfoma No Hodgkin de células B periférico tipo Linfoma del Manto. **Conclusiones:** el Linfoma de Células del Manto de localización extraganglionar es característico

en Médula Ósea, Bazo e Intestino Delgado y Colon. Sin embargo el involucro en vesícula biliar como manifestación única es extraordinariamente raro. Nuestro paciente presentó datos clínicos y ultrasonográficos de Colecistitis Crónica sin encontrarse afección a otro órgano Gastrointestinal o Ganglios Linfáticos al momento del Diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am. J. S. P. Volume 30(10), October 2006, pp 1274-1280.
2. Histopathology. 47(5):467-478, November 2005.
3. Am. J. S. P. Volume 20(4), April 1996, pp 442-452.
4. Revista Española de Patología vol 37, No2, 2004.
5. Tumors of Gastrointestinal System. WHO

Expresión inmunohistoquímica de Langerina (CD207) y detección histoquímica mediante Giemsa de los gránulos de Birbeck en cortes de 0.5 µm en el diagnóstico de sarcoma de células de Langerhans

Danny Soria Céspedes, Ernesto Ramos Martínez, Joaquín Carrillo Farga, Sergio Sánchez Sosa, Beatriz de León Bojorge, Carlos Ortiz Hidalgo
Centro Médico American British Cowdray.

Introducción: el diagnóstico del sarcoma de células de Langerhans es mediante la identificación de los gránulos de Birbeck y/o expresión inmunohistoquímica de CD1a y S-100 en un contexto histológico de sarcoma pleomórfico. En ocasiones la positividad de CD1a es débil y focal, entonces es necesario estudiar otros marcadores diagnósticos. La langerina (CD207) es una glucoproteína transmembrana de tipo lecitina tipo C, con inmunorreactividad en membrana celular y citoplasma de las células de Langerhans. En la membrana se localiza en la estructura denominada *cytomembrane sandwich structure*, que interviene en la

formación de los gránulos de Birbeck. La Langerina es inductora de la formación de los gránulos de Birbeck, mediante sobreposición de la membrana celular y es altamente sensible y específica en el diagnóstico de neoplasias de células de Langerhans. Otra manera de identificar los gránulos de Birbeck, (no descrito en la bibliografía), es mediante la tinción de Giemsa en cortes de 0.5 µm. **Caso clínico:** hombre de 59 años con crecimiento ganglionar inguinal y edema escrotal. Histológicamente se identificó lesión neoplásica maligna, con células grandes, pleomórficas, con núcleos lobulados, cromatina vesicular, aspecto epiteloide alternando con áreas sarcomatoides, con más de 50 mitosis en 10 campos de 40x. En cortes de 0.5 µm teñidos con Giemsa se identificaron estructuras en forma de bastón intracitoplasmáticas que por microscopia electrónica correspondieron a gránulos de Birbeck. Por inmunohistoquímica las células neoplásicas fueron positivas a S100, CD1a, CD45 (focal) y Langerina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valladeau J, Duvert V, Pin J, et al. The monoclonal antibody DCGM4 recognizes Langerin, a protein specific of Langerhans cells, and is rapidly internalized from the cell surface. *Eur. J. Immunol.* 1999; 29: 2695-2704.
2. Valladeau J, Ravel O, Dezutter C, et al. Langerin, a novel C-type lectin specific to Langerhans cells, is an endocytic receptor that induces the

formation of Birbeck granules. *Immunology* 2000;12:71-81.

3. Lau S, Chu P, Weiss L. Immunohistochemical expression of Langerin in Langerhans cell histiocytosis and non-Langerhans cell histiocytic disorders. *Am J Surg Pathol* 2008; 32: 615-619.
4. Ferringer T, Banks P, Metcalf J. Langerhans cell sarcoma. *Am J Dermatopathol* 2006;28: 36-39.

Granulomatosis linfomatoide asociada con enfermedades sistémicas y/o autoinmunes diversas. Informe de 3 casos

Edgar Pardo Castillo, Daniel Montante Montes de Oca, Saul Lino Silva, Ulises Popoca Barriga, Freddy Chable Montero, Brenda Nohemi Martina Castillo, Carmen Lome Maldonado
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Subirán.

Introducción: la GL, se define como un padecimiento linfoproliferativo de estirpe B, asociado a EBV. Es una entidad poco frecuente, que afecta en general adultos jóvenes con afección multiorgánica y sintomatología respiratoria diversa. Se presenta en pacientes inmunodeprimidos, y se ha descrito su asociación con algunos padecimientos de naturaleza autoinmunitaria. **Casos clínicos:** se presentan 3 casos con diagnóstico de GL asociados a enfermedades sistémicas de naturaleza autoinmune u otras (AR, síndrome hipereosinofílico y granulomatosis de Wegener). Se presenta las características clínicas, morfológicas, inmunohisto-

químicas y de biología molecular, de 3 casos con diagnóstico de GL asociadas a padecimientos sistémicos y/o autoinmunes (cuadro 7). *IgH (inmunoglobulina de cadena pesada).* **Conclusiones:** la GL corresponde un proceso linfoproliferativo de estirpe B (VEB+), poco frecuente, en este trabajo se presentan las características histológicas, inmunohistoquímicas y de biología molecular de 3 casos con diferente grado histológico, y su asociación con padecimientos sistémicos autoinmunitarios u otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pathology and genetics of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Lyon 2001. IARC press. 185-187.
2. Thorax 2004; 59:818-819. 3.-Am. J. clin. Pathol 2002 sep;188(3):391-8

HÍGADO

Hepatocarcinoma en mujer de 19 años sin enfermedades hepáticas previas.

Presentación de un caso de autopsia

Concepción J. Jiménez López, Guillermina Lara Cuervo, Edith Jaqueline Fajardo Amaro, Verónica Ledesma Hernández, Evelyn Cortés Gutiérrez
Hospital Juárez de México.

Introducción: los carcinomas hepáticos primarios son raros en niños y adultos jóvenes. Corresponden al 1% de los tumores en menores de 20 años. De estos dos tercios son hepatoblastomas.

Cuadro 7.

Casos	Sexo/Edad	Clínica	Asociación	Tx
1	46/F	Tos, disnea, fiebre.	Sx. Hipereosinofílico	Esteroides
2	59/F	Tos, disnea.	Artritis reumatoide.	Metotrexate.
3	68/F	Tos, disnea.	G. de Wegener.	Esteroides

Diagnóstico histopatológico e inmunohistoquímica.

Casos	Dx	LMP- 1	CD 20	CD 30	CD 3	B.M.
1	GL grado I	+	+	+	+	pd
2	GL grado III	+	+	+	-	IgH RM
3	GL grado III	+	+	+	+	IgH RM

Factores de riesgo para carcinoma hepatocelular en edad pediátrica no está establecido. Se reporta el caso de hepatocarcinoma en una mujer joven sin antecedentes de enfermedad hepática. **Caso clínico:** mujer de 19 años de edad que inicia dos semanas previas a su ingreso con pérdida de peso, dolor y aumento de volumen abdominal a expensas de ascitis hemorrágica, AFP de 5.4 ng/dL, TAC con carcinomatosis de origen a determinar. Se realiza biopsia guiada por TAC, la paciente fallece posterior al estudio. Se realiza necropsia con diagnóstico final de hepatocarcinoma, con metástasis pulmonar, diafragmática, a intestino delgado, ganglios de retroperitoneo. Se realiza inmunohistoquímica: AFP negativo, EMA positivo, ACE positivo focal, ACE positivo focal, CK 19 débil, CK7 positivo, HEPATOCITO positivo. **Conclusiones:** el carcinoma hepatocelular es común en adultos con daño hepático crónico, por virus de hepatitis B o C y otras enfermedades crónicas. En niños no se han encontrado factores de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

Am J Pathol 2005; 124: 512-518

Tumor sólidoseudopapilar del páncreas confundido con un adenocarcinoma

Leticia Rodríguez Moguel, Álvaro Bolio Solís, Jorge Galindo Orduño, William M. Rosado Marrufo

Laboratorio de Patología del Sureste Bolio, Rodríguez Bolio SCP.

Introducción: el Tumor sólidoseudopapilar del páncreas (TSSP) es una neoplasia muy rara, de bajo potencial maligno y de histogénesis incierta, que ocurre generalmente en adolescentes y mujeres jóvenes. Su apariencia citológica es característica y diferente de otros tumores sólidos y quísticos del páncreas. **Caso clínico:** mujer de 22 años que presentó sangrado vaginal por lo que se le realizó un US abdominal en el que se descubrió un

tumor retroperitoneal. Una TAC reveló un tumor sólido de 7.4 x 6.0 cm. en la cabeza del páncreas, que comprimía el lóbulo caudado del hígado, la porta y la cava e infiltraba la raíz del mesenterio rodeando los vasos mesentéricos. Una BAAF se informó como adenocarcinoma y una biopsia excisional como liposarcoma de células redondas. El tumor se consideró irresecable. La revisión de la BAAF reveló escasas células monomórficas, con cromatina fina, dispuestas aisladamente o en pequeñas papilas y láminas. La imagen histológica fue característica, se observó un patrón sólido, con algunas células claras, sin atipia, necrosis, ni mitosis. La inmunohistoquímica mostró positividad con vimentina, CD56, CD10, galactina 3, receptores de progesterona y sinaptofisina. La queratina de amplio espectro, los receptores de estrógeno alfa, la cromogranina y la e-caderina fueron negativos. Estos resultados confirman el diagnóstico. **Discusión:** los criterios citológicos del TSSP son característicos, sin embargo, su rareza y su semejanza con otras neoplasias pueden causar confusión diagnóstica. El análisis cuidadoso de la citología, los datos clínicos, imagenológicos y la inmunohistoquímica pueden brindar un diagnóstico preciso.

Tumor miofibroblástico inflamatorio de hígado. Informe de un caso y revisión de la bibliografía

Fredy Chablé Montero, Leonardo S. Lino Silva, Francisco J. Llamas Gutiérrez, Daniel Montante Montes de Oca, Jorge Albores Saavedra

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: El tumor miofibroblástico inflamatorio es una neoplasia de bajo grado de malignidad compuesta por tejido fibroso y una proliferación de miofibroblastos e infiltrado inflamatorio, predominantemente por células plasmáticas. Se han informado algunos casos primarios de hígado. **Caso clínico:**

mujer de 23 años con cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por fiebre, diaforesis, escalofríos y dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho. La tomografía computarizada mostró una lesión hepática de 7 cm de diámetro localizada en el lóbulo derecho, la cual fue compatible con hemangioma. Se le realizó resección amplia del lóbulo derecho. Macroscópicamente se observó un tumor bien delimitado de 7.1 cm, cavitado, de superficie granular color café claro y abundante material purulento. Microscópicamente se observó una proliferación miofibroblástica atípica con infiltrado inflamatorio mixto, por lo que se diagnosticó como tumor miofibroblástico inflamatorio con absceso primario de hígado. Las células neoplásicas fueron positivas para actina. **Comentario:** el tumor miofibroblástico inflamatorio de hígado es poco frecuente. Se presenta alrededor de los 56 años y afecta principalmente a hombres (2:1). En la gran mayoría de los casos son masas únicas y usualmente intrahepáticas. Aproximadamente el 50% de los casos se localizan en el lóbulo derecho y su tamaño varía de 1 cm a grandes masas que ocupan todo el hígado. Se cree que son el resultado de un proceso bacteriano con absceso en resolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coffin CM, Watterson J, Priest JR, et al. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases. Am J Surg Pathol 1995;19: 859-872.
2. Dunkelberg J, Goodman Z, Brewer T, et al. Hepatic inflammatory pseudotumor (HIP): clinicopathologic correlation in 31 cases. Gastroenterology 1991;100:A738.

INMUNOHISTOQUÍMICA

Detección inmunohistoquímica de la proteína viral antígeno T en casos de

pacientes con carcinoma de células uroteliales del tracto urinario

Lara Torres C,*** Piña Oviedo S,***
Pérez Liz G,*** Sánchez Pérez M,* Ola-
varria Guadarrama M,* Ortiz Hidalgo
C,*** Del Valle L***

* Facultad de Medicina, Universidad
Panamericana, México, DF.

** Departamento de Patología, Centro
Médico ABC, México, DF.

*** Department of Neuroscience, Neu-
ropathology Core, Temple University
School of Medicine. Philadelphia, Pen-
nsylvania.

Existen tres tipos de poliomavirus que afectan al ser humano, llamados virus JC, BK y SV40. Los poliomavirus tienen una estructura genética básica dividida en tres regiones; temprana, tardía y región control. Codifican 5 proteínas involucradas en la formación de su cápside, y el control de la transición entre la fase latente a productiva-lítica. La proteína viral encargada de esta función es el antígeno-T. Este puede inducir la transformación neoplásica

por su capacidad de unirse a proteínas reguladoras del ciclo celular (p53-pRb), vías de señalización (vía wnt-B-catenina) o que participan en mecanismos de regulación de la apoptosis (survivina). Debido a que pueden identificarse genomas de poliomavirus en la orina de pacientes sanos, decidimos investigar si es posible detectar por inmunohistoquímica la expresión de antígeno T en carcinomas de células uroteliales del tracto urinario. Se analizaron 18 casos, de pacientes con edades entre 42-91 años (promedio 68.7 años). Las características clínico-patológicas se exponen en la tabla. Se observó expresión nuclear de antígeno T en 14 de 16 (87.5%) casos. El porcentaje de células positivas varió de acuerdo al grado histológico, con cierta tendencia a mostrar mayor porcentaje de positividad en los tumores de alto grado. Este es el primer informe en la bibliografía en el que se documenta la expresión del antígeno T en carcinomas de células uroteliales. Estos hallazgos aseguran futuros estudios en los que se tipifique la cepa viral (JC,

BK o SV40) y explore la expresión con proteínas capaces de interactuar con el antígeno T (figura 2).

Expresión de ki-67 y receptor estrogénico en el carcinoma de la glándula tiroides

García Ramírez Juana Rosalba, Villa-
grán Uribe Jesús Ángel, Silva López
Rosa María

Instituto de Enfermedades Respirato-
rias.

Introducción: los carcinomas de la glándula tiroides representan una entidad poco común, en los Estados Unidos representan alrededor del 1.5% de todos los cánceres. Entre los pacientes que desarrollan cáncer tiroideo a edades tempranas y medias de la vida existe un predominio en mujeres, lo cual está probablemente relacionado con la expresión de receptores estrogénicos en el epitelio tiroideo neoplásico.

Objetivo: analizar la expresión por inmunohistoquímica de los receptores estrogénicos y KI-67 en las neoplasias de

#	Edad	Sexo	Sitio de tumor	Diagnóstico	Patrón	Grado WHO	Invasión a Lamina propia	Invasión a Muscular propia	Invasión Vascular	Antígeno-T (IHQ)
1	58	H	Uretero	CCT	Papilar	Bajo-Alto	+F	N	+	-
2	75	H	Vejiga	CCT	Papilar-sólido	Bajo-Alto	N	N	N	+++
3	71	H	Vejiga	CCT	Papilar	Bajo-Alto	N	NV	N	-
4	72	H	Vejiga	CCT	Papilar-sólido	Alto	+F	N	N	++
5	80	H	Vejiga	CCT	Papilar	Bajo-Alto	+	+	N	+
6	65	H	Cáliz superior	CCT	Papilar	Bajo-Alto	N	N	N	-
7	70	H	Vejiga	CCT	Papilar	Bajo-Alto	+	+	N	++
8	67	M	Vejiga	CCT †	Sólido	Alto	+	NV	N	NR
9	71	H	Vejiga	CCT ‡	Papilar	Alto	+	N	N	+++
10	63	H	Vejiga	CCT	Papilar-sólido	Alto	NV	NV	NV	+++
11	73	H	Vejiga	CCT	Sólido	Alto	+	+	N	+++
12	67	H	Vejiga	CCT	Sólido-papilar	Alto	+F	N	N	+++
13	91	M	Vejiga	CCT	Papilar	Bajo	+F	N	N	+
14	91	M	Vejiga	CCT	Papilar	Bajo	N	N	N	++
15	74	H	Vejiga	CCT	Papilar	Bajo	NV	NV	NV	NR
16	42	M	Cáliz superior	CCT	Papilar-sólido	Bajo	+	-	-	-
17	63	M	Vejiga	CCT	Papilar	Bajo	-	-	-	+
18	45	H	Vejiga	CCT †	Papilar	Bajo	-	-	-	+

† con áreas de diferenciación glandular

‡ con áreas de diferenciación epidermoide

NR No se realizó

NV No valorable

+ 1-30%, ++ 31-60%, +++ 61-100%

la glándula tiroides. **Material y métodos:** se trató de un estudio retrospectivo y observacional, se realizó una revisión de todos los casos la patología quirúrgica de la glándula tiroides presentados en el periodo de enero del 2000 a diciembre del 2006. Seleccionamos los casos de carcinoma de tiroides y realizamos Inmuno-histoquímica con Ki-67 y Receptores estrogénicos mediante la técnica de avidina-estrepavidina. **Resultados:** los tipos histológicos encontrados fue el carcinoma papilar de tiroides con 89 casos (90.8%), carcinoma anaplásico 5 casos (5.1%), carcinoma folicular 2 casos (2%), carcinoma indiferenciado 1 caso (1%) y carcinoma insular 1 caso (1%). En 90 casos se realizó el conteo de inmunopositividad para Ki-67 condados como núcleos positivos por 10 campos de alto poder (np/10CAP). Los carcinomas Poco diferenciados y los carcinomas indiferenciados mostraron > 350 np/10CAP. Los casos analizados tanto neoplásicos como de tejido normal mostraron negatividad para los receptores estrogénicos. **Conclusiones:** la positividad nuclear del factor de proliferación celular resulto notoriamente mas bajo en los carcinomas bien diferenciados cuando se comparo con los carcinomas pobremente diferenciados e indiferenciados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hommura F, Dosaka-Akita H, Mishina T, et al. Prognostic significance of p27KIP1 protein and ki-67 growth fraction in non-small cell lung cancers. Clin Cancer Res. 2000;6(10):4073-81.
2. Nakamura N, Yamamoto H, Yao T, et al. Prognostic significance of expressions of cell-cycle regulatory proteins in gastrointestinal stromal tumor and the relevance of the risk grade. Hum Pathol. 2005;36(7):828-37.
3. Gerdes J. Ki-67 and other proliferation markers useful for immunohistological diagnostic and prognostic evaluations in human malignancies. Semin Cancer Biol. 1990;1(3):199-206.
4. Lantsov D, Meirmanov S, Nakashima M. Cyclin D1 overexpression in

thyroid papillary microcarcinoma: its association with tumour size and aberrant beta-catenin expression. Histopathology. 2005;47(3):248-56.

MAMA

Carcinoma ductal pleomórfico de glándula mamaria: estudio clinicopatológico de 15 casos

Reynaldo Falcón Escobedo, María Guadalupe Cruz Rubio, Emilio Lemus Bedolla

Departamento de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, UASLP y Hospital Central, Dr. Ignacio Morones Prieto de SLP.

Introducción: el Carcinoma ductal pleomórfico (CDP) de la glándula mamaria es una variante rara de alto grado del carcinoma ductal infiltrante convencional. La OMS lo define por pleomorfismo (variación > 6 veces en tamaño nuclear) y células gigantes aberrantes en > 50% de las células neoplásicas. Ocasionalmente con elementos fusiformes o escamoides. Después del trabajo original de 26 casos publicados por Tavassoli y Silver no hay otras publicaciones que describan esta rara variante. **Objetivo:** describir las características clínico patológicas e inmunohistoquímicas de 15 casos que hemos logrado coleccionar. Enfatizar su reconocimiento morfológico y su distinción de otras neoplasias mamarias (carcinoma ductal convencional, carcinoma medular atípico y carcinoma metaplásico). **Material y métodos:** de los 15 casos que cumplieron los criterios para CDP, se estudiaron: edad, etapa, tamaño tumoral, ganglios linfáticos axilares, necrosis, mitosis, canibalismo celular, permeación linfovascular, presencia de carcinoma ductal convencional, carcinoma in situ, componente fusocelular o escamoides, expresión de RE, RP, Her-2 neu y evolución clínica. **Resultados:** la edad varió de 23 a 76 años, con edad promedio de 49 años, paciente en etapa I: 6.66%, etapa

IIA 46.66%, IIB 26.66%, etapa IIIB: 6.66%, etapa III C: 6.66%, IV: 13.33%, tamaño tumoral de 1.2 a 12 cm. *n* ganglios metastáticos: 53.3%, necrosis: 73.33%, > 18 mitosis/10 c 40x: 80%, canibalismo: 53.3%, permeación linfovascular: 33.33%, carcinoma ductal convencional: 33.3%, CDIS: 40%, componente fusocelular: 40%, RE+: 7.14%, PR+: 14.28%, Her2 neu 3+: 21.42%. El 20% de las pacientes fallecieron por la enfermedad, 80% están vivas y con recurrencia y en mal estado 7.14%. **Conclusiones:** el CDP es una neoplasia con un cuadro histológico distintivo que puede confundirse con otras neoplasias y que muestra aparentemente un comportamiento biológico adverso.

Aplicación del sistema de Gleason modificado en carcinoma canalicular infiltrante de mama

Yaneth Valdez Mendieta, Erick Aguilar Neri, Ángel Molina Cruz, Ana María Valdez Cano

Instituto Nacional de Cancerología, México.

Introducción: es bien conocido el valor pronóstico del grado histológico según el sistema de Scarff-Bloom-Richardson (SBR) en cáncer de mama. Sin embargo, tiene algunas limitaciones ya que intervienen factores que no dependen del observador, por ejemplo, la cuenta de mitosis varía de acuerdo al espesor del corte, el tipo de microscopio, la intensidad de la tinción y la cantidad de células en el área examinada. En contraste, el sistema de Gleason utilizado en próstata, que también tiene gran impacto pronóstico, es sencillo y reproducible ya que se basa únicamente en el análisis de la arquitectura. **Objetivo:** aplicar un sistema exclusivamente arquitectural basado en el sistema de Gleason (SGM) para gradar el Carcinoma canalicular infiltrante de mama (CCI) y compararlo con el SBR. **Material y métodos:** se incluyeron 99 casos de CCI, se analizaron las carac-

terísticas clínicas (expediente clínico) y se determinó el grado histológico SBR, el cual fue comparado con el SMG. Los casos fueron revisados 2 veces por 3 observadores con práctica profesional variable (5,7 y 30 años). El SMG consistió en tres patrones básicos, asignándose el valor de: 1 = tubular, 2 = trabecular y cribiforme y 3 = cordones o sólido con comedonecrosis. Se sumaron los dos patrones predominantes, considerando de bajo grado (BG) los tumores con suma SMG < 4 y de alto grado (AG) aquellos con suma SMG > 4. Se realizaron pruebas estadísticas para determinar reproducibilidad y curvas de sobrevida. **Resultados:** la supervivencia libre de enfermedad global (SLE) a 5 y 10 años fue de 85% y 75%. El status ganglionar ($p < 0.0001$), estadio patológico ($p < 0.0001$) y grado histológico SMG tuvieron mayor correlación con la SLE, con valores similares en los tres observadores ($p < 0.04$, $p < 0.036$ y $p = 0.05$). Ninguna de las pacientes con SMG de BG presentó recaída. El grado SBR no tuvo correlación con SLE ($p = 0.89$). **Conclusiones:** el SMG es sencillo y objetivo (arquitectural), de fácil aplicación (independiente de la experiencia del observador), reproducible (concordancia interobservador entre 72% y 81%) y correlaciona con la SLE ($p < 0.036$).

BIBLIOGRAFÍA

- Gleason DF. Classification of prostatic carcinomas. Cancer chemother Rep. 1966;50:125-128.
- Gleason DF, Mellinger GT. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. J Urol. 1974; 111:58-64.
- Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factor in breast cancer I. The value of histological grades in breast cancer. Experience from a large study with long-term follow-up. Histopathology 1991; 19:403-410.
- Epstein JI, MD, William C. Allsbrook, Jr. MD, et al. The 2005 International Society of urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. Am J Surgical Pathology, 2005; 29(9):1228-42.
- N Volkan Adsay; Olca Basturk, Michelle Bonnett, et al. A Proposal for a New and More Practical Grading Scheme for Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. Am J Surg Pathol, 2005;29(6):724-33

Características morfológicas de los carcinomas mamarios triple negativos

Yuridia Lizeth Alvarado Bernal, Ivett Miranda Maldonado, Raquel Garza Guajardo

Hospital Universitario José E. González, UANL.

Introducción: los carcinomas mamarios se clasifican según el tipo histológico, grado y expresión de receptores hormonales (RH) y Her2. Los tumores triple negativos (TN) conforman el 10 a 17% de los carcinomas mamarios y tienen menor sobrevida y comparten algunas características morfológicas, entre ellas zonas centrales con necrosis, borde expansivo, esclerosis central, infiltrado linfoplasmocítico (ILP), índice de proliferación alto, presencia de células fusiformes y metaplasia escamosa. **Objetivo:** correlacionar los hallazgos histopatológicos de los tumores TN. **Material y métodos:** revisamos los archivos de nuestro departamento en busca de carcinomas mamarios a los que se había realizado IHQ para RH y Her2, que fueran negativos para los 3 marcadores, de 2004 a julio 2008, se excluyeron aquellos que no tuvieran disponibles las laminillas de HyE. Se evaluó: tipo histológico, grado, borde, necrosis geográfica, metaplasia escamosa, esclerosis central e ILP. **Resultados:** encontramos 40 casos de tumores TN, el 62.5% fueron G3, predominando el ductales infiltrantes. El borde fue expansivo en el 45%. El ILP fue la característica predominante, seguido por la presencia de necrosis central; la esclerosis central y la metaplasia escamosa sólo se observaron en el 42.5% y 30% de los casos. **Con-**

clusiones: generalmente los tumores TN son de alto grado, y a pesar de compartir algunas características histológicas, no son suficientes para distinguirlos sólo por sus características morfológicas de otros tumores de alto grado her2 + o aun RE+. Por lo que estudios posteriores con CK de alto peso molecular y búsqueda de mutaciones en el EGFR son necesarios para clasificarlos adecuadamente y predecir su comportamiento biológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Emad A. Rakha, Maysa E. El-Sayed, Andrew R. Green, Andrew H. S. Lee, John F. Robertson, Ian O. Ellis. Prognostic Markers in Triple-Negative Breast Cancer. Cancer 2007; 109:25-32.
- JS Reis-Filho, AN J Tutt. Triple negative tumours: a critical review. Histopathology 2008; 52: 108-118.
- Fulford LG, Easton DF, Reis-Filho JS, et al. Specific morphological features predictive for the basal phenotype in grade 3 invasive ductal carcinoma of breast. Histopathology 2006;49:22-34.

Tumor phyllodes maligno con diferenciación condrosarcomatosa

Jesús González Guzmán. Mary Carmen Gutiérrez Gil. Reynaldo Falcón Escobedo. Cuauhtemoc Oros Ovalle. Lidia Montes Rivera. Joel Rodríguez Llerenas Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, S.L.P.

Caso clínico: mujer de 38 años con lesión en glándula mamaria derecha de 3 años de evolución. 4 meses previo a su ingreso presentó crecimiento rápidamente progresivo de dicha lesión. A la exploración física se encontró nódulo de 8 x 6 cm; bien limitado; semifirme, móvil; no fijo a planos profundos e indoloro; sin retracción del pezón. Se tomó biopsia por trucut con diagnóstico de tumor phyllodes maligno. Se realizó mastectomía derecha tipo Madden en la cual se identificó tumor de 8 x 7 x 4.5 cm con pseudocápsula, de aspecto heterogéneo; áreas blanco

amarillento con zonas de hemorragia y de consistencia semifirme. **Hallazgos microscópicos:** neoplasia maligna fibroepitelial constituida por componente epitelial benigno formando foleas en espacios quísticos. El componente estromal constituido por células miofibroblásticas y fibroblásticas con atipia y pleomorfismo moderado; actividad mitótica elevada; se acompaña de áreas de metaplasia ósea y transformación maligna del componente condroide. **Conclusiones:** el tumor *phyllodes* maligno constituye el 2.5% de todas las lesiones fibroepiteliales de la mama. Se puede acompañar de metaplasia ósea y condroide. En un pequeño número de casos se ha reportado diferenciación sarcomatosa, ya sea a liposarcoma, rabdomiosarcoma, condrosarcoma e incluso osteosarcoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gen Diag Pathol. 1997;142.(3-4):241-5.
2. Pathol Res Pract 2003;199(12):841-5.
3. Diagn Cytopathol. 2001. Sep 25(3):197-9.
4. Diagn Cytopathol. 1999. Apr 20(4):241-5.

Tumor *phyllodes* maligno con diferenciación heteróloga. Presentación inusual

Julieta García Gutiérrez, Jaqueline Fajardo Amaro, Enoe Quiñónez Urrego, Guadalupe Juárez Lara, José Rafael Peñavera Hernández, Teresa Cuesta Mejía, Evelyn Cortés Gutiérrez
Hospital Juárez de México.

Introducción: el tumor *phyllodes* corresponde al 0.3-1% de todos los tumores primarios de mama presentándose con mayor frecuencia entre los 40 y 50 años. El tamaño promedio es de 4.7 cm. Diferenciación heteróloga tipo liposarcoma, osteosarcoma, condrosarcoma o muscular ocurre en raras ocasiones. Se describen las características clínico-morfológicas de un tumor *phyllodes* maligno con elementos heterólogos y comportamiento

biológico no común. **Caso clínico:** mujer de 37 años con tumor mamario derecho de 7 cm de diámetro diagnosticado en el HJM como tumor *phyllodes* histológicamente benigno y mastectomía radical 4 meses después en la que se reconoce tumor *phyllodes* maligno de 15 cm. Se realizó inmunomarcación con anticuerpos epiteliales mesenquimatosos y hormonales. La biopsia inicial mostró patrón bifásico con sobrecrecimiento estromal sin mitosis significativas ni pleomorfismo. La mastectomía evidenció aspecto sarcomatoso difuso con escasos elementos epiteliales benignos dispersos, diferenciación ósea, cartilaginosa focal y muscular difusa; así como diseminación a ganglios linfáticos y evidencias radiológicas de metástasis pulmonares. **Discusión:** el caso que presentamos es relevante por la rápida progresión y diseminación de la enfermedad (incluyendo vía linfática). Evidencia la variabilidad estructural de los tumores *phyllodes* y el indispensable estudio histopatológico acucioso de todo el tumor para graduación definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Confavreux C, Lurkin A, Mitton N, Blondet R, Saba C. Sarcomas and malignant *phyllodes* tumours of the breast-a retrospective study. Eur J Cancer. 2006 nov;42 (16) 2715-21.

Tumor amiloide de la mama e hipertiroidismo

Lino-Silva Leonardo Saúl y Uribe-Uribe Norma Ofelia

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: el tumor amiloide de la mama descrito en 1973, es muy raro con 35 casos reportados a la fecha, Los depósitos de amiloide pueden ser aislados (tumor amiloide) o relacionados con discrasia de células plasmáticas, enfermedades inmunológicas, carcinoma mamario o linfoma no Hodgkin. Ningún caso ha sido asociado con enfermedad

endocrina no neoplásica. Se informa este tumor para considerarlo en el diagnóstico diferencial. **Caso clínico:** mujer de 58 años con hipertiroidismo y pérdida de 32 kg con masas palpables en ambas mamas categorizadas como fibroadenomas y en el lado izquierdo debido a microcalcificaciones le fue realizada resección de una lesión. Se realizaron cortes histológicos teñidos con H-E, Ziehl-Nielsen, cristal violeta, rojo congo e inmunotinciones contra cadenas ligeras κ , λ , componente A del amiloide y componente P del amiloide. Las laminillas fueron examinadas por 2 patólogos. El examen macroscópico mostró un tumor blanco-gris, lobulado de borde empujante y calcificaciones que midió 2.9 cm. Histológicamente consistió en depósito de material hialino eosinófilo alrededor de conductos y vasos, muchos de ellos con reacción a cuerpo extraño, calcificación e infiltrado linfoplasmocítico. Las células gigantes exhibieron núcleos periféricos semejando células de Langhans. No se observaron cuerpos asteroides o de Schaumann. No se detectaron bacilos ácido alcohol resistentes, hongos y no fue identificado carcinoma. El material eosinófilo fue positivo para Rojo Congo, Cristal Violeta, P-Amiloide, cadenas κ y negativo para A-Amiloide; confirmado su naturaleza AL. **Discusión:** este tumor es muy raro y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de tumores mamarios y debe realizarse búsqueda de condiciones asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amyloid tumor. Am J Surg Pathol. 1978;2(2):141-5.
2. Silverman JF. Localized primary (AL) amyloid tumor of the breast. Cytologic, histologic, immunocytochemical and ultrastructural observations. Am Surg Pathol 1986;10:539-45. Cytopathology. 2002;13(4):254-6.
3. J Clin Pathol. 2002;55(8):634-5.
4. J Clin Pathol. 2003;56(1):74-7. Lipper S, Kahn LB.

Tumor lipomatoso atípico primario de mama: reporte de un caso*Fabiola Rodríguez Ramírez, Evelin Cortés Gutiérrez*

Hospital Juárez de México.

Introducción: los sarcomas primarios de mama constituyen menos del 1% de todos los tumores mamarios, de los cuales, el liposarcoma representa hasta el 24% de los casos. Los liposarcomas son más frecuentes en extremidades y retroperitoneo. Los de localización mamaria se presentan principalmente en mujeres, con rango de edad amplio, siendo lesiones únicas; aunque se han reportado bilaterales. Se describen las características clínicas, mamográficas e histológicas de un tumor lipomatoso atípico primario de mama.

Caso clínico: femenino de 71 años con aumento de volumen de mama izquierda de 1 año de evolución. Clínicamente se palpa tumor de 12 x 12 cm, blando, móvil, doloroso; que ocupa el cuadrante superior interno, externo y cola de Spencer de mama izquierda. Mamográfica y ultrasonográficamente se observa lesión BIRADS 2 con diagnóstico de lipoma. Se realiza biopsia y posteriormente tumorectomía. Se recibió espécimen de 18 x 16 cm, bien circunscrito y de aspecto adiposo. Los cortes histológicos mostraron un tumor lipomatoso atípico. Se identificó predominio de adipositos maduros con células fusiformes con núcleos pleomórficos e hiper cromáticos. No se identificaron lipoblastos. **Conclusiones:** El tumor lipomatoso atípico ó liposarcoma bien diferenciado, se considera un tumor de bajo grado de malignidad, ya que habitualmente no hacen metástasis, pero pueden ser localmente agresivos. Este caso resulta interesante ya que puede confundirse con lesiones benignas u otras más frecuentes como el carcinoma mamario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rev. Venez. Oncol. 2007; 19 (2).
2. Patología 2006; 39 (3).
3. Patología 1997; 30 (2): 135-139.

Tumor xantomatoso mamario y ganglionar: efecto poco común de la quimioterapia neoadyuvante en cáncer de mama inoperable*Miguel I Paredes Serrano, Liliana I Luna García, Guillermo Herbert Núñez*

Hospital Ángeles, Querétaro.

Introducción: la quimioterapia neoadyuvante preoperatoria forma parte integral del tratamiento del cáncer de mama en etapa avanzada (ETAPA III A, B y C) con el fin de reducir el tumor y asegurar su resecabilidad. Se ha descrito un fenómeno histológico en el cual el tumor tratado con quimioterapia llega a ser sustituido por histiocitos espumosos o xantocitos, los cuales pueden incluso formar pseudo tumores evidentes clínica y radiológicamente. Se presenta el caso de una paciente con cáncer de mama etapa IIIA quien presentó este fenómeno histológico poco usual después del tratamiento de quimioterapia. **Caso clínico:** paciente con diagnóstico de cáncer ductal de mama inoperable etapa IIIA. Se le administró quimioterapia con (esquema FAC) y posteriormente se realizó mastectomía radical. Al examen microscópico se encontró sustitución masiva del tumor por xantocitos al igual que en los ganglios linfáticos con metástasis. Este fenómeno se correlaciona con una buena respuesta al tratamiento, lo cual significa un buen pronóstico para la paciente. En este caso, el encontrarlo en los ganglios nos ofrece la oportunidad adicional de poder estatificar retrospectivamente la enfermedad.

Conclusión: un efecto histológico poco común de la quimioterapia neoadyuvante es el pseudotumor xantomatoso. Cuando encontramos este efecto en los ganglios linfáticos en la pieza de mastectomía, podemos estatificar retrospectivamente la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tan, Kong-Bing, Thamboo, Thomas Paulraj, Raju, Gangaraju C. Xantho-

matus pseudotumor: An unusual postchemotherapy phenomenon in breast cancer Archives of Pathology & Laboratory Medicine, Jun 2003

2. Honkoop AH, Pinedo HM, De Jong JS, et al. Effects of chemotherapy on pathologic and biologic characteristics of locally advanced breast cancer. Am J Clin Pathol. 1997;107:211-218.

NEFROLÓGICOS**Glomerulonefritis necrosante asociada a granulomas c-ANCA negativo***Valverde Ibana, Uribe Norma*

Departamento de Patología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: las enfermedades granulomatosas representan 0.5%-0.9% de las nefropatías examinadas por biopsia.¹ Los granulomas pueden limitarse al riñón y su diagnóstico se torna problemático. La correlación con los estudios de laboratorio brindan la oportunidad de establecer diagnóstico de glomerulonefritis proliferativa extracapilar paucimmune con vasculitis o enfermedad de Wegener.^{1,2}

Caso Clínico: hombre de 63 años, COMBE (+). En 03/08 inició con tos intermitente no productiva y deterioro súbito de la función renal. Laboratorio: creatinina 5.3, BUN 69, anemia y leucocitosis. El paciente evolucionó con fiebre, polaquiuria, disuria, adinamia, hematuria y exacerbación de la tos. Posteriormente progreso a una insuficiencia renal que ameritó hemodiálisis. Dx. de biopsia renal (07/08): glomerulonefritis necrosante global con nefritis intersticial granulomatosa compatible con Wegener. c-ANCA y cultivos para micobacterias negativos. Interconsulta con otorrinolaringología y oftalmología: sin alteraciones en las mucosas. TAC de tórax: fibrosis pulmonar, USG renal: aumento del tamaño de las lobulaciones. Biopsia de nervio periférico: sin vasculitis y para descartar tuberculosis renal se repitió la biopsia renal con Dx: nefritis túbulo-intersticial

granulomatosa con fibrosis intersticial (80%). **Comentario:** mostramos este caso por presentar manifestaciones clínicas, de laboratorio e histológicas poco habituales. La presentación de afección uninéfrico, sin lesiones en vías respiratorias corroboradas por TAC y exploración por ORL, y la ausencia de c-ANCAS hacen poco probable el diagnóstico de Granulomatosis de Wegener. Por otro lado, la glomerulonefritis necrosante asociada con granulomas sugiere una vasculitis de vasos de pequeño calibre, Granulomatosis de Wegener o una poliangeitis microscópica. Este caso ejemplifica la dificultad que en ocasiones representa categorizar vasculitis.

REFERENCIAS

1. Javaud N, Belenfant X, Stirnemann J, Laederic J, Ziol M, Callard P, Ronco P, Rondeau E, Fain O. Renal granulomatosis: a retrospective study of 40 cases and review of the bibliografía. *Medicine (Baltimore)* 2007;86:170-180.
2. Ingeborg B, Cristian E, Fokko J, Van W, Jan B. Wegener's Granulomatosis: A meta-analysis of 349 literary case reports. *J Lab Clin Med* 1997; 129:17-22.
3. Nasr SH, Koscica J, Markowitz GS, D Agati VD. Granulomatous interstitial nephritis. *Am J Kidney Dis*. 2003;41:714-719.

NEUROLÓGICOS

Epidemiología de los tumores del SNC en una población del noreste mexicano

Yuridia Lizeth Alvarado Bernal, Ivett Miranda Maldonado
Hospital Universitario José E. González, UANL.

Introducción: los tumores del SNC comprenden el 1.5% de todas las neoplasias malignas reportadas en México. Debido al incremento en la incidencia y a la morbilidad y mortalidad de estas neoplasias es importante estimar su

frecuencia en la población mexicana y conocer el panorama actual en el que se encuentran estas neoplasias en nuestro país. **Objetivo:** conocer la frecuencia de las neoplasias del SNC en un hospital del NE del país. **Material y métodos:** se revisaron los archivos de especímenes quirúrgicos del encéfalo, meninges, canal raquídeo y nervios craneales de enero de 1990 a julio de 2008. Se capturó del diagnóstico, el sexo y la edad de los pacientes. Los tumores se diagnosticaron de acuerdo a los criterios establecidos por la OMS. **Resultados:** de un total de 1017 tumores 43.6% fueron neuroepiteliales, 16.9% menígeos, 14% de la región selar y 12.7% metastásicos. Los tumores neuroepiteliales fueron la mayoría más frecuentes en hombres, con excepción de los oligastrocitomas que fueron más frecuentes en mujeres. El resto de los tumores mostró características muy similares a las reportadas previamente, la distribución por edad y sexo fue también concordante con lo reportado en estudios previos. **Conclusiones:** en general existen pocas variaciones en la epidemiología de los tumores del al SNC en poblaciones del continente americano, sin embargo es importante tener una referencia para estudios posteriores. A pesar de la poca variación entre los grupos edad y tipos histológicos podemos decir que las discrepancias son seguramente secundarias a factores genéticos, ambientales y geográficos y futuros estudios son necesarios para identificar estos factores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fajardo-Gutiérrez A, Juárez-Ocaña S, González-Miranda G, Palma-Padilla V, Carreón-Cruz R, Ortega-Alvárez MC, Mejía-Arangure JM. Incidence of cancer in children residing in ten jurisdictions of the Mexican Republic: importance of the Cancer registry (a population-based study). *BMC Cancer*. 2007 19;7:68.
2. Desmeules M, Mikkelsen T, Mao Y. Increasing Incidence of Primary

Malignant Brain Tumors: Influence of Diagnostic Methods. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84:442-445

3. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK (eds) (2007) WHO Classification of tumours of the central nervous system. IARC, Lyon

Cambios degenerativos en papiloma de plexos coroides. Correlación clinicopatológica, de inmunohistoquímica y de microscopia electrónica

Martha Tena Suck, Alma Ortiz Plata, Aurora Sánchez

Departamento de Neuropatología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Introducción: los cambios degenerativos en los plexos coroides normales se han descrito en modelos experimentales en intoxicación por plomo, por mercurio y post radioterapia y se caracterizan por la presencia de vacuolas intracitoplásmicas, lisis del citoplasma, cambios en el tipo de epitelio de revestimiento, edema en el estroma y pérdida de vasos. Estos cambios degenerativos no se han descrito en papilomas de plexos coroides. **Objetivo:** el propósito de este estudio fue estudiar la importancia de los cambios degenerativos valorados por la presencia de papilas hidrópicas o redondas en los papilomas de plexos coroides, estudio retrospectivo, descriptivo, de casos y controles. **Material y métodos:** estudiamos el tipo de papilas (largas, cortas y redondas o hidropicas) en 27 papilomas de plexos coroides en comparación con plexos coroides normales ($n = 10$). Por inmunohistoquímica se determinó la expresión de s-100, E-cadherina, Ep-cam, colágena IV, Cox-2, CD68, CMH-2 y se obtuvo índice de proliferación de PCNA, p53, p21, y Rb así como el índice de densidad vascular). Se realizó microscopia electrónica a los casos representativos. Se correlacionaron los resultados mediante regresión múltiple. **Resultados:** 28 (76%) fueron mujeres y 9 (24%) hombres. Con edad entre 15-66 años (media de 38.3) Papilas redondas se

observaron; Leves en 6 (16%), moderadas en 8 (22%) y abundantes en 3 (8%; $p = 0.008$). Observamos que las papilas clásicas o largas presentaron mayor expresión de s-100, E-cadherina, Ep-cam, colágena IV, Cox-2, CD68, CMH-2, PCNA, p53, p21, y Rb así como mayor el número de vasos que las células de las papilas redondas y que las células de plexos coroides normales. La presencia de papilas redondas no se correlacionó con la edad, genero, localización ni con el tamaño del tumor, pero hubo correlación con hidrocefalia ($p = 0.000$), y con la expresión de s-100, E-Cadherina, Ep-cam, colágena IV, y de Cox-2 ($p = 0.000$). **Discusión:** Por lo que consideramos que los cambios degenerativos papilares pueden ser debidos a cambios metabólicos, de desregulación de ciclo celular e inmunológicos que sufren el tumor probablemente ante un mecanismo de stress o de daño y/o simplemente como signo de hidrocefalia secundaria al tumor mismo. Por lo que las papilas hidrópicas pudieran servir de un indicador de mal pronóstico asociado a edema cerebral en los papilomas de plexos coroides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valois AA, Webster WS. The choroid plexus as a target site for cadmium toxicity following chronic exposure in the adult mouse: an ultrastructural study. *Toxicology*. 1989 Apr;55(1-2):193-205.
2. Valois AA, Webster WS. The choroid plexus and cerebral vasculature as target sites for cadmium following acute exposure in neonatal and adult mice: an autoradiographic and gamma counting study. *Toxicology*. 1987 Oct 12;46(1):43-55.

Cerebelitis granulomatosa por *Balamuthia mandrillaris* que simulaba tumor de fosa posterior. Presentación de un caso pediátrico

Montes Rivera Lidia,* Tello Zavala MC,** Falcón Escobedo Reynaldo*

* Facultad de Medicina, UASLP y Hos-

pital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de SLP.

** Departamentos de Anatomía Patológica y Microbiología.

Caso clínico: niño de 4 años. Síndrome de cráneo hipertensivo y cerebeloso de 25 días, Glasgow 15, diplopía, nistagmus horizontal, parálisis de III y VI pares craneales, ataxia, dismetría y disdiadococinesia izquierda. LCR normal. TAC con tumor en fosa posterior, hiperdenso, que reforzaba ligeramente con medio de contraste y producía efecto de masa sobre cuarto ventrículo. **Patología:** se tomó biopsia de "tumor" de fosa posterior. Histológicamente se encontró reacción inflamatoria a expensas de macrófagos, células plasmáticas, linfocitos, células epitelioides y ocasionales células gigantes. También reacción glial prominente y escasos trofozoitos compatibles con *Balamuthia mandrillaris*. Se envió bloque de parafina al CDC de Atlanta en donde se corroboró el diagnóstico de envío por inmunohistoquímica y PCR. **Comentario:** las amibas de vida libre son un grupo de protozoarios oportunistas que pueden ocasionar meningoencefalitis amibiana primaria, encefalitis granulomatosa crónica amibiana y queratitis amibiana crónica. Viven principalmente donde hay agua dulce o salada, aunque también se han aislado en el suelo, aire y hortalizas. Los géneros de amibas de vida libre implicados en la patogenia del ser humano son: *Acanthamoeba*, *Naegleria* y *Balamuthia*. Tanto *Acanthamoeba* como *Balamuthia* son las responsables de la enfermedad amibiana granulomatosa. Su diseminación a SNC es a partir de un foco primario por vía hematogena o nasal. Hasta la actualidad se han informado 125 casos de Encefalitis Granulomatosa causada por los géneros *Acanthamoeba*, *Balamuthia* y *Sappinia*. Se llama la atención sobre esta patología, su dificultad diagnóstica y la posibilidad de un diagnóstico equivoco de tumor cerebral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Upinder Singh-Free Living Amebas. Principles and Practice of Infectious Diseases. Sixth edition. Mandell, Douglas, and Bennett's. Pages 3111-3120.
2. Bakardjiev A, Azimi PH, Ashouri N, et al. Amebic Encephalitis caused by *Balamuthia mandrillaris*: Report of four cases. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22:447-453.
3. Martinez AJ, Visvesvara GS. *Balamuthia mandrillaris* infection. *J Med Microbiol*. 2001; 50:205-207.
4. Schuster FL, Visvesvara GS. Free-Living amoebae as opportunistic and non-opportunistic pathogens of humans and animals. *International Journal for Parasitology*. 2004;34:1001-1027.

Esclerosis tuberosa y meningioma. Reporte de un caso

Martha Lilia Tena Suck, Citlaltépetl Salinas Lara, Francisco Ponce-Guerrero, Noemí Gelista, Daniel Rembao

Departamento de Neuropatología, Servicio de Neurocirugía. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Introducción: la esclerosis tuberosa es un síndrome neurocutáneo autosómico dominante caracterizado por hamartomas múltiples localizados varios órganos. En SNC se identifican nódulos subependimales, tubérculos corticales y astrocitoma de células gigantes subependimario principalmente. **Caso clínico:** se trata de mujer de 52 años que inició 3 años antes con dolor en glúteo derecho, imposibilidad para caminar, caídas frecuentes, vértigo, cefalea y náuseas. Un año después se agrega convulsiones tónico clónicas generalizadas. A la exploración física se encontraba conciente, con hemiparesia derecha y disminución de la agudeza visual izquierda. La IRM muestra tumor isodenso en T1 y T2 localizado en el ala mayor del esfenoides con infiltración a la carótida interna y seno cavernoso izquierdo. La paciente se sometió a

cirugía y durante el transoperatorio la paciente sangró considerablemente y falleció 3 horas después. En la autopsia se identificó tumor en base del cráneo que infiltraba difusamente hacia la silla turca e hipófisis y desplazaba al mesencéfalo. Histológicamente correspondió a un meningioma transicional. En los ventrículos laterales se identificaron nódulos irregulares caracterizados por proliferación glioneural desordenados y un astrocitoma de células grandes mostrosas. **Discusión:** presentamos el caso de un paciente sin antecedentes de importancia y con presencia de nódulos ependimario, astrocitoma, tubérculos corticales y meningioma de base del cráneo que infiltraba la adeno y neurohipófisis. Este correspondería al segundo caso reportado con esta rara asociación de tumores. Sin embargo se debe considerar el diagnóstico de tumor de colisión entre los diagnósticos diferenciales. **Conclusión:** presentamos el Segundo caso reportado en la bibliografía de esta rara asociación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz RA, Fernandez G, Kotulska K, Jáawiak S. Tuberous sclerosis complex: advances in diagnosis, genetics, and management. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57:189-202.
2. Irving RM, Ford GR, Jones NS. Tuberous sclerosis with primary meningioma of the maxillary antrum. *J Laryngol Otol* 1991; 105:481-3.
3. Hottinger AF, Khakoo Y. Update on the management of familial central nervous system tumor syndromes. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2007;7: 200-7.
4. Pukkala E, Laippala P, Sankila R, Isola J, Miettinen H, Simola KO, HelÄn P, Heliö H, Haapasalo H. Cancer incidence in families with multiple glioma patients. *Int J Cancer* 2002;97:819-22.

Esclerosis múltiple variable enfermedad de Schilder, presentación de un caso

Martha Tena Suck, José Flores, Citlaltépetl Salinas Lara, Noemí Gelista, Daniel Rembao, Rosalba Vega

Departamento de Neuropatología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Introducción: la enfermedad de Schilder o también conocida como esclerosis difusa mielinoelástica es una enfermedad rara y se considera como una variante de la esclerosis múltiple. Se caracteriza por la necrosis del hipocampo.

Caso clínico: mujer de 38 años, quien acudió al INNN mareo, vértigo, debilidad muscular y deterioro progresivo de las funciones mentales hasta llegar a pérdida de los esfínteres. Con 30 días de evolución. La TAC cerebral mostró una imagen isoíntensa en T2 en el espleno y cuerpo calloso. Presentaba además hipotiroidismo e hiponatremia. En su estancia hospitalaria presentó fiebre y falleció. En la autopsia mostró necrosis en placa del cuerpo calloso y discretas placas desmielinizantes en sustancia blanca paracortical en lóbulos frontal y occipital. Histológicamente existían dos patrones de desmielinización; uno agudo con necrosis, gliosis reactiva y maguillos perivascuales en cuerpo calloso y otro crónico en sustancia blanca paracortical, que muestra además, linfocitos perivascuales, inflamación, daño axonal difuso y gliosis reactiva.

Discusión: la necrosis del cuerpo calloso es una condición rara tanto para esclerosis múltiple como para cualquier otra etiología. Pudiera corresponder a un cambio hiperagudo de una esclerosis múltiple, sin embargo, debemos hacer diagnóstico diferencial con la enfermedad de Marchiafava-Bignami, necrosis con hemorragia del hipocampo asociada a hiponatremia. Por lo que sugerimos que la necrosis del hipocampo de este caso pudiera ser un cambio asociado a hiponatremia un paciente con esclerosis múltiple que curso con un cuadro clínico rápidamente progresivo.

Conclusión: presentamos un raro caso de esclerosis múltiple con necrosis y hemorragia en cuerpo calloso y zonas de

desmielinización en sustancia blanca en diferentes estadios de diferenciación.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Seze J. Borderlines types of multiple sclerosis. *Rev Neurol (Paris)*. 2006;162:137-43.
2. Poser CM, Brinar VV. The nature of multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg*. 2004;106:159-71.
3. Poser CM, Goutieres F, Carpentier MA, Aicardi J: Schilder's myelinoclastic diffuse sclerosis. *Pediatrics* 1986; 77: 107-112.
4. Martin JJ, Guazzi GC. Schilder's diffuse sclerosis. *Dev Neurosci*. 1991;13:267-73.

Gliosarcoma cerebral, presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Karla Quintero Meza, Cuauhtémoc Oros Ovalle, Reynaldo Falcón Escobedo, Edgardo Torres Gómez, Jesús González Guzmán, Lidia Montes Rivera

Hospital General Dr. Ignacio Morones Prieto

Caso clínico: masculino de 42 años inició padecimiento con cefalea universal, pérdida súbita del estado de alerta y caída de su propia altura, posteriormente presentó crisis convulsivas, recibió tratamiento conservador con mejoría parcial, se agregó amnesia retrógrada y tres semanas posteriores afasia, dificultad a la deglución y paresia progresiva a incapacidad además de estupor. TAC de cráneo evidenció masa en región temporoparietal izquierda, heterodensa, bordes irregulares y necrosis central con reforzamiento en la imagen contrastada. Existe desplazamiento de estructuras de la línea media e hidrocefalia y edema perilesional leves. Se realizó biopsia con estudio transoperatorio se diagnosticó glioblastoma multiforme. Neoplasia de elementos fusiformes y pleomórficos entremezclados con células gigantes multinucleadas, que rodean zonas de necrosis, y en las que se identificó reactividad para Vimentina, PCNA, Ki67

difuso, y negativo para PFGA, CD34 con abundante trama vascular positiva. S100 positivo focal, Actina y Desmina negativo. **Discusión:** el gliosarcoma fue descrito en 1998 por Stroebe Feigin & Gross. Tumor primario del SNC poco común, caracterizado por patrón bifásico alternando con áreas gliales y diferenciación mesenquimatosas. Es una variante del GBM y constituyen el 2%. Localizado en el lóbulo temporal, TAC reporta un tumor bien circunscrito que aparenta masa hiperdensa, con contraste homogéneo. Su histogénesis parece explicarse por un origen en células multipotenciales o por inducción sarcomatosa a través de un proceso hiperplásico vascular tras la producción de factores angiogénicos de acción paracrina por el componente glial.

BIBLIOGRAFÍA

1. J Neural Neurosurg Psychiatry 2003 Mar;74(3):364-6.
2. CANCER June 25,1995, Volume 75, No. 12,
3. Neurologia. 2004 Apr;19(3):128-9.

Melanocitoma del sistema nervioso central

Aldo A. Alcaraz Wong, Noemi A. Sánchez Grajeda, Giuseppe Buonocunto Vázquez, José Cruz Ramos

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

Introducción: los tumores derivados de los melanocitos leptomenígeos son poco comunes y varían desde los tumores bien diferenciados o también llamados de bajo grado (melanocitomas) a los pobremente diferenciados o de alto grado (melanomas). El comportamiento biológico de los melanocitomas tiende a ser benigno con caso excepcionales reportados como de comportamiento agresivo o con recurrencia. Se identifican las características histomorfológicas de un melanocitoma intracraneal diagnosticado en el Centro Médico Nacional de

Occidente. **Caso clínico:** el caso trata de un paciente masculino de 23 años de edad el cual acude por cefalea, náuseas y vómito. se le detecta tumor temporal, con diagnóstico clínico de probable melanoma. En el departamento de anatomía patológica del hospital de especialidades de como se recibió un espécimen constituido por tejido multifragmentado de 30 gramos de peso en conjunto de aspecto negruzco, friable. Se realizaron laminillas teñidas con hematoxilina y eosina además de marcadores de inmunohistoquímica, los cuales mostraron un tumor con un crecimiento en nidos sólidos, bien delimitados compuestos por células poligonales de citoplasma amplio bien delimitado, con cantidad variable de pigmento de aspecto melánico, el núcleo redondo, con cromatina fina, sin nucleolo evidente. No se identificaron mitosis atípicas, o necrosis. las tinciones de inmunohistoquímica mostraron positividad para HMB45, s100. Estos hallazgos en conjunto se concluyeron como un tumor melanocítico de bajo grado primario del sistema nervioso central. Las características histomorfológicas de un tumor de bajo grado caracterizados por la ausencia de necrosis, mitosis atípicas, invasión vascular, pleomorfismo, nucleolos evidentes fueron parte de las variables utilizadas para llegar al diagnóstico adecuado que son parte de los criterios establecidos previamente por otros autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brat D, et al. Primary melanocytic neoplasm of the central nervous system. Am J Surg Pathol 1999, 23:745.
2. Roser F, et al. Transition from meningioma melanocytoma to primary cerebral melanoma. J Neurosurg 2004,101:528.

Meningocele intratorácico en una mujer sin neurofibromatosis tipo I. Informe de un caso y revisión de la bibliografía

Fredy Chablé Montero, Norma O. Uribe Uribe, Daniel Montante Montes de Oca
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: el meningocele es definido como una protrusión sacular de las meninges hacia el foramen vertebral. En la mayoría de los casos afectan a adultos jóvenes con neurofibromatosis tipo I. La mayoría de estas lesiones se originan en las regiones sacra o lumbar. **Caso clínico:** mujer de 74 años con cuadro clínico de varios meses de evolución, caracterizado por dolor torácico atípico que se irradiaba al miembro torácico izquierdo. La tomografía computarizada de tórax muestra un tumor extra-axial, extradural, con imagen en reloj de arena que protruía a través del foramen de la vértebras T2 y T3, esta imagen fue compatible con schwannoma quístico. Se realizó toracoscopia que reportó lesión quística que al momento de la resección mostró salida de líquido cefalorraquídeo. Microscópicamente la lesión esta constituida por una pared fibrosa revestida por epitelio cúbico simple. El diagnóstico de esta lesión fue de meningocele intratorácico. **Comentario:** el meningocele intratorácico es una entidad poco conocida y frecuentemente asociada a neurofibromatosis tipo I. Desde el primer reporte en 1933 poco más de 100 casos han sido reportados en la bibliografía. Debido a su rareza no es considerado dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones mediastinales. En muchos de los casos se complica con una fístula pleurosubaracnoidea y es una entidad rara.

BIBLIOGRAFÍA

1. Takeda SI, Miyoshi S, Kadota Y, et al. Posterior Mediastinal Mass in Patients with von Recklinghausen's Disease. Respiration 2000;67:234-237.

Parkinson esporádico asociado a exposición de thinner, reporte de un caso

Martha Lilia Tena Suck. Citlaltépetl Salinas Lara, Alberto González, Jesús Ramírez, Daniel Rembao

Departamento de Neuropatología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Introducción: la incidencia de la enfermedad de Parkinson ocurre después de los 40 años de edad y menos del 5% se ha observado en pacientes jóvenes. Dentro de los factores etiológicos de la enfermedad de Parkinson están: la exposición a pesticidas, solventes orgánicos, anestesia, etc. **Caso clínico:** hombre de 26 años, con antecedentes de ser niño de la calle. desde los 10 años hasta los 16 años presentó exposición de thinner en forma continua suspendiéndolo por presentar movimientos anormales ansiedad y depresión que fueron aumentando hasta presentar disfonía, sn, extrapiramidal, temblor, rigidez, catatonía y muere por bronconeumonía. La autopsia mostró encéfalo con peso de 1,150 g, mostraba atrofia de los núcleos basales, puente y mesencéfalo. Histológicamente se observan desorden de la mielina y gliosis en sustancia blanca. atrofia cortical frontotemporal bilateral y de mesencéfalo. Ausencia de neuronas y pigmento melánico en la sustancia nigra y pars compacta con presencia de cuerpos de Lewy, que fueron positivos para proteína τ y α sinucleína. En base a estos hallazgos se hizo el diagnóstico de enfermedad de Parkinson Idiopático juvenil. **Discusión:** la relación entre Enfermedad de Parkinson y uso prolongado de solventes orgánicos es poco conocido, sobre todo con el uso prolongado de thinner, sólo existen tres reportes en la bibliografía. La presencia de cuerpos de Lewy positivos para Alfa sinucleína confirma el diagnóstico de enfermedad de Parkinson. Sin embargo, debemos descartar entre los diagnósticos diferenciales la atrofia olivopontocerebelosa y otras α sinucleopatías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jaques A, Gamble J, Tsai SP; American Chemistry Council's Hydrocarbon Solvents Panel. Hydrocarbon exposure and Parkinson's disease. *Neurology*. 2001;57:371.
2. Barbosa ER, Comerlatti LR, Haddad MS, Scaff M. Parkinsonism secondary to ethylene oxide exposure: case report. *Arq Neuropsiquiatr* 1992;50:531-3.
3. Dickson DW, Fujishiro H, DelleDonne A, Menke J, Ahmed Z, Klos KJ, Josephs KA, Frigerio R, 4. Burnett M, Parisi JE, Ahlskog JE. Evidence that incidental Lewy body disease is pre-symptomatic Parkinson's disease. *Acta Neuropathol* 2008;115:437-44.
4. Wakabayashi K, Tanji K, Mori F, Takahashi H. The Lewy body in Parkinson's disease: molecules implicated in the formation and degradation of alpha-synuclein aggregates. *Neuropathology* 2007;27:494-506.

Estudio inmunohistoquímico y expresión poliiimmunofenotípica del meduloeptelioma intraocular maligno pigmentado

Danny Soria Céspedes, Pedro Mendez Sashida, Carlos Ortiz Hidalgo
Centro Médico American British Cowdray

Introducción: el meduloeptelioma intraocular es una neoplasia congénita rara, localizada generalmente en el cuerpo ciliar, aunque por su origen embriológico, puede afectar a la retina, nervio óptico e iris. Esta es una neoplasia altamente recurrente y localmente agresiva. Histológicamente se dividen en teratoides y no teratoides dependiendo de la presencia o no de componentes heterólogos. Además de acuerdo a criterios como: mitosis, células poco diferenciadas, presencia de rosetas verdaderas e invasión de los tejidos adyacentes, pueden ser benignos y malignos. **Casos clínicos:** se informan dos casos de meduloeptelioma intraocular maligno pigmentado, uno teratoide con componentes heterólogos (cartílago hialino) y el segundo no teratoide. En

ambos casos se estudiaron las características totipotenciales de las células neoplásicas mediante histoquímica e inmunohistoquímica. Por histoquímica se evidenció la producción de material mucoso ácido, positivo a azul alciano y presencia de gránulos citoplasmáticos de color café/negro, positivo con Fontana Masson. Por inmunohistoquímica expresaron varias líneas de diferenciación celular: neuroepitelial (S-100 y sinaptofisina positivos), glial (GFAP), mesenquimatoso/muscular (vimentina, desmina), epitelial (citoqueratina AE1/3), y diferenciación melanocítica (HMB-45 y Melan-A). **Discusión:** el meduloeptelioma intraocular es una neoplasia formada por células multipotenciales, capaces de diferenciarse y expresar por inmunohistoquímica distintos marcadores de varias líneas celulares, característica denominada como poliiimmunofenotípica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chavez M, Mafee M, Castillo B, Kaufman L, Johnstone H, Edgard D. Meduloeptelioma of the optic nerve. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2004; 41: 48-52.
2. Shields J, Eagle R, Shields C, De Potter P. Congenital neoplasms of the nonpigmented ciliary epithelium (meduloeptelioma). *Ophthalmology* 1996;103: 1998 - 2006.
3. O'Keefe M, Fulcher T, Kelly P, Lee W, Dudgeon J. Meduloeptelioma of the optic nerve head. *Arch Ophthalmol*. 1997; 115:1325-1327.
4. Lumbroso L, Desjardins L, Coue O, Ducourneau Y, Pechereau A. *Arch Ophthalmol*. 2001; 119: 449 - 450.

Meningioma metaplásico asociado a hemorragia cerebral. reporte de tres casos de autopsias

Martha Lilia Tena Suck, Citlaltépetl Salinas Lara, Noemí Gelista, Daniel Rembao, Mario López Gómez

Departamento de Neuropatología, Servicio de Neurocirugía, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Introducción: el meningioma metaplásico es poco conocido, se describe como grado I, de acuerdo a la clasificación de la OMS del 2007. En el presente trabajo describimos tres casos de autopsia con meningioma metaplásico, osteocondromatoso que cursaron con un cuadro clínico rápidamente evolutivo debido a hemorragia cerebral y hematoma subdural. **Casos clínicos:** se describen tres casos de autopsia, dos fueron mujeres de 51 y 44 años y un hombre de 45 años. Dos con el antecedente de NFM tipo I y uno de ellos tenían el antecedente de haber recibido radioterapia por un tumor cerebral previamente diagnosticado; un astrocitoma aplásico, 7 años previos. El tercer caso inició con crisis convulsivas refractarias a tratamiento médico de 10 años de evolución. Los tres casos cursaron con un cuadro clínico de rápida evolución caracterizado por pérdida de la conciencia y coma. Dos de los casos estaban localizados en lóbulos temporales y el tercero en cerebelo. Los tres casos sangraron y produjeron extensa hemorragia parenquimatosa y hematoma subdural. Histológicamente se identificó meningioma celular con cambios metaplásico, con formación de cartílago y de hueso. Dos de ellos con extensa necrosis coagulativa. Uno además presentaba meningiomas múltiples de diferentes tipos histológicos y meningoangiomatosis. **Discusión:** es conocido la asociación entre meningiomas y neurofibromatosis múltiple, dos de nuestros casos se asociaron a tumores gliales tratados con radioterapia, 5 y 7 años después, con aparente recidiva. La autopsia reveló meningioma con cambios metaplásicos osteocondromatosos. Hemorragia cerebral se ha asociado al evento postquirúrgico y a meningiomas de alto grado. Han sido muy pocos los casos de meningiomas de tipo metaplásico descritos sin embargo llama la atención que estos tumores debutaron como hemorragia cerebral, de rápida evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Geuna E, Pappada G, Regalia F, Arri-
goni M. Multiple meningiomas. Report
of nine cases. *Acta Neurochir (Wien)*;
1993; 68:33-43.
2. Becker C, Kuchelmeister K, Richter
HP, Schachenmayr W. Metaplastic
meningioma with cartilaginous diffe-
rentiation. *Pathologe* 1999; 20:335-9
3. Roncaroli F, Scheithauer BW, Laeng
RH, Cenacchi G, Abell-Aleff P, Mos-
chopulos M. Lipomatous meningioma:
a clinicopathologic study of 18 cases
with special reference to the issue of
metaplasia. *Am J Surg Pathol* 2001;
25:769-75.
4. Kim NR, Choe G, Shin SH, Wang KC,
Cho BK, Choi KS, Chi JG (). Childhood
meningiomas associated with menin-
gioangiomatosis: report of five cases
and literature review. *Neuropathol
Appl Neurobiol* 2002; 28:48-56.
5. Gerlach R, Raabe A, Scharrer I,
Meixensberger J, Seifert V. Post-
operative hematoma after surgery for
intracranial meningiomas: causes,
avoidable risk factors and clinical
outcome. *Neurol Res* 2004; 26:61-6.

PEDIATRÍA

Atresia esofágica y traqueal con fístula traqueoesofágica baja. Reporte de un caso

Laura Rebolledo Iglesias, Germán G.
Gutiérrez Pérez Tejada
Hospital Metropolitano Dr. Bernardo
Sepúlveda.

Caso clínico: se reporta el caso de RN, producto de gesta 2 de madre de 26 años de edad sin antecedentes de importancia, en aparente buen estado de salud. Se practica cesárea por contar con cesárea previa y por oligohidramnios por RPM. Se obtiene producto de término, masculino, peso de 2,995 k, flácido, cianótico. No presentó llanto o esfuerzo respiratorio. Se califica APGAR de 0 y 5. Se inician maniobras de reanimación. Tubo endotraqueal no pasa más allá de cuerdas vocales. A pesar de colocar mascarilla con reservorio, producto jamás presentó

expansión torácica. Maniobras de reanimación se proporcionan por 20 minutos. Producto fallece. Autopsia del producto: atresia esofágica en tercio superior, fístula Traqueoesofágica baja, atresia Traqueal, PCA. **Discusión:** la atresia esofágica con fístula traqueoesofágica se asocia con buen pronóstico de acuerdo a Sugito, siempre y cuando el RN tenga buen peso al nacer, APGAR elevado y no se acompañe de otro tipo de malformación. Los factores determinados causantes de muerte son presencia de neumonía, cardiopatía mayor y dependencia del ventilador de acuerdo a Gil. Al-Maki determinó que los factores más importantes de causa directa de muerte son presencia de septicemia y anomalías congénitas asociadas. En nuestro caso, el producto era de término, con buen peso al nacer, la cardiopatía que presentaba no era mayor. La presencia de atresia traqueal al nivel que se encontró, era difícil una evolución inmediata satisfactoria del paciente. La atresia traqueal es una condición poco frecuente, reportándose no más de 100 casos; además se asocia con otras malformaciones. La atresia traqueal con presencia de fístula traqueoesofágica baja es compatible con la vida siempre y cuando exista un medio a través del cual el paso de aire pueda llegar a los pulmones. Está descrita la fístula traqueoesofágica alta, de esta manera utilizando el esófago y la fístula baja para el paso de aire a los pulmones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clark D; Esophageal Atresia and Tra-
cheoesophageal Fistula; *Am F Phy*,
Feb 15 1999.
2. Saxena, A; Esophageal Atresia With or
Without Tracheoesophageal Fistula;
emedicine.com April 30 2008
3. Dolk H.; Lechat M. F.; The epidemiology
of tracheo-oesophageal fistula and oe-
sophageal atresia in Europe; *Arch Dis
Child*, 1993, vol. 68, No. 6, 743-748.
4. Sugito H, et al; Study of 24 cases
with congenital esophageal atresia:
What are the risk factors?; *Pediatrics
International* (2006) 48, 616-621

5. Sandu K, et al; Congenital Tracheal Anomalies; Otolaryngol Clin N Am 40 (2007) 193-217.
6. Gil P, et al; Prognosis assessment of esophageal atresia: our experience of 29 years. Cir Pediatr. 2001 Oct;14(4):145-51.
7. Al-Malki TA, et al; Esophageal atresia with tracheoesophageal fistula and early postoperative mortality. West Afr J Med. 2005 Oct-Dec;24(4):311-5.
8. Poenaru, et al; A new prognostic classification for esophageal atresia; Surgery. 1993 Apr;113(4):426-32
9. Nándor Ács; Acute respiratory infections during pregnancy and congenital abnormalities: a population-based case-control study; Congenital Anomalies 2006;46,86-96.

Sarcoma de Ewing Atípico. Reporte de un caso

Ezequiel Vélez Gómez, Daniel Miramontes Acevedo

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara.

Introducción: en 1921 James Ewing reportó siete casos de sarcomas no osteogénicos en pacientes jóvenes, suponiendo que esta nueva entidad clinicopatológica se derivaba del componente vascular óseo, los diagnósticos como "Endotelomas óseos" en 1924. Posteriormente en 1928, Oberling lo llamó Sarcoma de Ewing. Se define como un sarcoma de células redondas que muestra un grado variable de diferenciación neuroectodérmica. **Caso clínico:** paciente masculino de seis años de edad con lesión osteolítica en fémur distal. Histológicamente se observa tejido óseo con presencia de trabéculas entre las cuales se observa una población de células claras que a mayor detalle presentan un núcleo irregularmente ovoide rechazado a la periferia, se observa entre grupos de células septos fibrosos finos. Al realizar inmunohistoquímica muestra positividad para Proteína S100, CD99, en cambio no reaccionó a Citoqueratina, Vimentina y HMB-45. **Conclusiones:** el Sarcoma de Ewing representa del 6 al 8% de los tumores malignos primarios del hueso, tiene predilección por el sexo masculino,

el 80% de los pacientes son menores de veinte años, se presenta más comúnmente en la diáfisis de los huesos largos. Dolor y tumor son los síntomas clínicos más comunes. Radiográficamente se observa una lesión osteolítica pobremente definida. El Sarcoma de Ewing tiene gran plasticidad y puede llegar a formar nidos de células epitelioides relativamente grandes con citoplasmas vacuolados que rechazan al núcleo, debido a una gran cantidad de glucógeno depositado en el citoplasma pero su comportamiento es similar a la variante convencional. Las variantes atípicas de Sarcoma de Ewing que se mencionan en la bibliografía son el de células claras, células grandes y con diferenciación neuroectodérmica. Expresa en la mayoría de los casos para CD99, mostrando una reacción de membrana, frecuentemente expresa positividad para Enolasa Neuronal Específica y Vimentina y en algunos casos para citoqueratinas.

Síndrome de Meckel-Gruber. Reporte de autopsia

Guillermina Lara Cuervo, Rafael Peña-vera Hernández, Eva López Pérez
Hospital Juárez de México.

Introducción: el síndrome de Meckel-Gruber es un desorden autosómico recesivo 17q22-q23 con la tríada clásica: encefalocele, riñones poliquísticos y polidactilia. Se presenta en 1 de cada 50,000 nacimientos con mayor frecuencia en finlandeses, es una entidad incompatible con la vida. Se presenta una autopsia de síndrome de Meckel-Gruber. **Caso clínico:** mujer de 36 SDG, producto de gesta 3, antecedente de primer hermano con malformaciones craneales sin especificar (finado). Abuela materna: 2 productos con malformaciones craneales sin especificar (finados). Embarazo sin control prenatal, se realiza incidentalmente ultrasonido que reporta anomalías graves por lo que acude a HJM, se somete a cesárea obteniendo producto finado. **Autopsia:** femenino con peso de 2,280 g, talla 41 cm, pie 7

cm, encefalocele occipital de 20 x 10 x 9 cm, ausencia de cerebelo, heterotopia de epéndimo, malformaciones arteriovenosas y calcificaciones distróficas. Ausencia de globos oculares, paladar hendido, lengua bífida, polidactilia de 4 extremidades, riñones poliquísticos, fibrosis hepática difusa, agenesia de vesícula biliar y agenesia ureteral derecha. **Conclusiones:** se presenta el caso por la baja frecuencia y debido a la importancia de la detección en individuos con el cariotipo específico. La ultrasonografía detecta las malformaciones desde la semana 11 de gestación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnosis of Meckel-Gruber síndrome at eleven to fourteen weeks' gestation. Sepúlveda (et,al). Am J Obstet Gynecol 1997;176(2):316-9.

TEJIDOS BLANDOS

Condrosarcoma mesenquimal extraesquelético en región cervical: reporte de caso

Rogelio González González, Ronell Bologna Molina, J. Rodrigo Muñoz Gutiérrez, Arcelia Mora Tiscareño
Instituto Nacional de Cancerología.

Introducción: el Condrosarcoma mesenquimal (CME) es un tumor maligno de patrón bimórfico de células pequeñas y redondas entremezclado con cartílago bien diferenciado, fue descrito en 1959 por Lichtenstein y Bernstein como una variante de condrosarcoma, caracterizado altas tasas de recurrencia y metástasis. Representa el 1% de condrosarcomas primarios. Únicamente el 35% de esta variante son extraóseos. Se reporta un caso de Condrosarcoma mesenquimal extraesquelético con involucro en región escapular y los marcadores de inmunohistoquímica específicos para este tumor. **Caso clínico:** femenino de 27 años, posterior a trauma en región escapular izquierda, notó crecimiento en la zona, con dolor y limitación de movimiento, En

la resección parcial se reporta CME. Se realiza quimioterapia neoadyuvante con reducción del 30%. Se efectúa resección del tumor, con quimioterapia adyuvante, sin respuesta, presentó evolución de la enfermedad y muerte. **Discusión:** el CME es un sarcoma de alto grado, se presenta principalmente en órbita, riñón, pulmón, cabeza y cuello. Histológicamente presenta áreas compuestas por células redondas y azules, el diagnóstico diferencial es con tumores de células redondas y azules, los marcadores de inmunohistoquímica que podrían ayudar al diagnóstico (Proteína S-100, CD-99, Vimentina, Leu-7, entre otros), son también son positivos en otros tumores de células pequeñas redondas y azules. Es necesario observar diferenciación cartilaginosa para el diagnóstico, existen tumores que no presentan esta diferenciación complicando el diagnóstico. La colágena tipo II y la proteína Sox-9 son consideradas específicas para CME, En este caso existió presencia de cartilago y la proteína S-100 positiva, lo que apoyo el diagnóstico emitido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fletcher CD, Unni KK, Mertens F. (Eds.): World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. IARC Press: Lyon 2002.
2. Lichtenstein L, Bernstein D. Unusual benign and malignant chondroid tumor of bone. A survey of some mesenchymal cartilage tumors and malignant chondroblastic tumors, including a few multicentric ones, as well as many atypical benign chondroblastomas and chondromyxoid fibromas. Cancer 1959; 12:1142-57.
3. Aligner T, Loos S, Muller S, Sandell LJ, Unni KK, Kirchner T. Cell differentiation and matrix gene expression in mesenchymal chondrosarcoma. Am J Pathol 2000;156:1327-1335.

Fibromatosis del cordón espermático: presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Fredy Chablé Montero, Norma O. Uribe Uribe, Daniel Montante Montes de Oca
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: La fibromatosis pertenece a un grupo de proliferaciones clonales de fibroblastos que se originan en los tejidos blandos profundos y que se caracterizan por patrón de crecimiento infiltrativo y tendencia hacia la recurrencia local, pero con incapacidad para hacer metástasis. Se clasifican en superficiales y profundas. Se estima que al año se presentan 2-4 casos por 1'000,000 habitantes de fibromatosis profunda y no tienen predilección por género. En los adolescentes y adultos < 40 años afecta predominantemente la pared abdominal y en adultos mayores afecta la pared abdominal y los tejidos blandos extra-abdominales. **Caso clínico:** hombre de 32 años que inició su padecimiento 10 años previos con aumento de volumen del miembro pélvico derecho. Se le realizó ultrasonido abdominal, tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear que reportaron tumor pélvico que afectaba el cordón espermático derecho. Se le realizó exploración quirúrgica inguinal donde se resecó tumor sólido adherido al hueso iliaco y dependiente de cordón espermático, con extensos vasos de neoformación y que envolvía a la arteria femoral. Macroscópicamente se observó un tumor sólido del cordón espermático que midió 18.5 x 9 cm, de superficie trabecular color blanco gris y que histológicamente corresponde a una fibromatosis profunda. **Comentario:** las fibromatosis profundas que afectan únicamente al cordón espermático son raras. En la actualidad sólo existen cuatro reportes de casos en esta localización. Su comportamiento es similar a las que se localizan en otros sitios. El tratamiento que existe es la extirpación completa de la neoplasia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shi B, Zhu Y, Xu Z, et al. Aggressive fibromatosis in the urological system.

Report of two adults patients and review of the literature. Urol Int 2007; 78: 93-96.

2. Lai FM, Allen PW, Chan LW, et al. aggressive fibromatosis of the spermatic cord: A typical lesion in a "new" location. Am J Clin Pathol 1995;104:403-407
3. Allen M, Chernoff and Horowitz M. Fibromatosis of the spermatic cord in a child: case report. J Urol 1996; 155: 1427.
4. Sumi Y, Shindoh N, Komura S, et al. Paratesticular aggressive fibromatosis: CT findings. Abdom Imaging 2000; 25:210-212.

Hemangiopericitoma de tipo adulto retroperitoneal gigante: presentación de un caso

Paz Gómez Francisco José, Ávalos Reyes David,* Rodríguez Ramírez Carla Lorena,** Saldivar Galindo Fernando****

* Departamentos de patología.

** Imagenología.

*** Oncología quirúrgica.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Bajío, HRAEB, León, Guanajuato.

Caso clínico: mujer de 20 años con aumento de volumen abdominal. Por USG se detecta tumor abdominal vascularizado. Se refiere a HRAEB, por TAC abdominal se identifica masa vascular. Intervenido quirúrgicamente identificando en cavidad abdominal neoplasia bien delimitada dependiente del omento mayor sin adherencia o dependencia de órganos sólidos. **Hallazgos macroscópicos:** espécimen ovoide de 1021 g y 15.6 x 11.8 x 7.6 cm, la superficie externa gris violácea, uno de los polos con vasos sanguíneos grandes y tortuosos mezclados con tejido adiposo maduro. Al corte de aspecto carnoso con zonas esponjosas y zonas con degeneración quística. Sin focos de necrosis. La periferia corresponde a cápsula gris violácea. **Hallazgos microscópicos:** se identifica lesión formada por vasos sanguíneos de tamaños variables recubiertos por endotelio en monocapa sin atipias,

paredes delgadas y conformadas por músculo liso y colágena. El estroma muestra células alargadas de escaso citoplasma y bordes mal definidos, núcleo hipercromático de contornos regulares con variación leve en forma y tamaño. Se observan vasos sanguíneos pequeños de paredes hialinizadas con edema leve focos de degeneración quística y cambios mixoides. La capsula es de tejido conectivo laxo.

Discusión: el hemangiopericitoma es un tumor vascular infrecuente localizado frecuentemente en extremidades inferiores seguido del espacio retroperitoneal, cabeza, cuello, tronco, meninges extremidades superiores. Representa el 1% de las neoplasias vasculares y el 5% de los sarcomas de tejidos blandos. Descrito en 1942 por Stout y Murray como un tumor que se origina de los pericitos. Se clasifica en tipo adulto e infantil. El tipo adulto afecta ambos sexos. El tipo infantil puede ser congénito o presentarse en los primeros años de vida como una masa dérmica o subcutánea. Inmunohistoquímicamente expresan Vimentina, CD34 y focalmente actina de músculo liso y desmina.

Metástasis lumbosacras y en tejidos blandos como presentación inicial de Carcinoma folicular tiroideo

Fabiola Rodríguez Ramírez, Axel Ramírez Varela

Hospital Juárez de México.

Introducción: el carcinoma folicular es la segunda neoplasia más frecuente de tiroides. La incidencia de metástasis distantes es de hasta 25%, pero como presentación clínica inicial es raro. Sólo 4% de pacientes con carcinoma bien diferenciado tiroideo tienen metástasis distantes al momento de la presentación y éstas son múltiples en el 70% de los casos. Los órganos más afectados son pulmón y hueso. Se describe la inusual presentación clínica de carcinoma folicular tiroideo (CFT) como metástasis lumbosacras y en tejidos blandos de región pélvica. **Caso clínico:** mujer de

43 años con cuadro de 1 año de evolución caracterizado por marcha claudicante y alteraciones sensitivo motoras de extremidad inferior izquierda, progresando hasta incapacidad para deambular. Posteriormente agregándose aumento de volumen en fosa iliaca izquierda. Clínicamente en sitio de presentación se palpa tumor de 40 x 20 cm, duro, mal delimitado. La tomografía reporta sarcoma de tejidos blandos de cadera y muslo izquierdo que infiltra huesos pélvicos y vértebras lumbosacras. Se efectuaron 3 biopsias. La inicial con trucut y posteriormente 2 incisional. Días después fallece y se realiza necropsia. La primera biopsia mostró lesión epitelial tubular bien diferenciada con células cúbicas sin atipia. La segunda biopsia sin evidencia de neoplasia. La tercera biopsia mostró patrón macrofolicular con material coloidal. Se diagnosticó CFT corroborado inmunohistoquímicamente. La necropsia mostró tiroides con peso normal y al corte, nódulo de 1.2 cm en lóbulo izquierdo. Histológicamente correspondió al carcinoma folicular primario. También se identificaron metástasis pulmonares.

Discusión: este caso resulta relevante por la presentación clínica inicial infrecuente de CFT. El tipo de biopsia, las características histológicas y la inmunomarcación es contribuyente para el diagnóstico preciso y descartar otras entidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singapore Med J 2007; 48 (7): 640.
2. Cir Esp 2002;72(6):367-368.
3. Jpn J Clin Oncol 2000; 30:27-29.
4. Arch Pathol Lab Med 2000;124 (10):1440-7.

Schwannoma en lengua. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Teresa Medina Esquivel, Gabriela Alfaro Méndez

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, Tapachula Chiapas.

Introducción: este tumor es raro en la cavidad oral, sólo representa el 1% de los tumores intraorales. Otros tumores de nervio periférico son neurofibromas, neuroma traumático, neuroma encapsulado y neurotecoma, su forma maligna es rara sin embargo, ha sido reportada.

La lengua es el sitio de predilección, seguido del paladar, mucosa bucal, labio y gingiva. Es asintomático y la edad de presentación frecuente es de 20 a 50 años. La transformación maligna casi nunca es vista. En su presentación clínica puede simular tumor maligno que incluyen carcinoma epidermoide, tumor de glándula salival, rabdomiosarcoma, etc. **Caso clínico:** masculino de 17 años de edad con historia de tumor en lengua ulcerado de 5 meses de evolución, de crecimiento lento, indoloro, que dificultó la movilidad lingual. Se tomó biopsia incisional, con el informe histopatológico se realizó resección de la lesión. La biopsia incisional mostró lesión revestida por mucosa en zonas ulcerada constituida por células fusiformes de bordes regulares, cromatina uniforme con citoplasma eosinófilo, dispuestas en fascículos alineadas de forma característica formando palizadas nucleares y cuerpos de Verocay. Se efectuó reacción de inmunohistoquímica complementaria con PS-100 siendo positiva fuerte y difusa en células neoplásicas. **Discusión:** los Schwannomas son tumores benignos derivados de la vaina nerviosa que se presentan generalmente como tumor de lento crecimiento, cuyo diagnóstico definitivo precisa de examen microscópico y su tratamiento es la resección quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bansal R. T, ShaliP. Oral Oncology extra 2005; 41:15-17, Rosai and Ackerman Surgical Pathology. Pag.266, Rev. Esp. Cirugía oral y maxilofacial v.26 n.6, 2004.

Tumor miofibroblástico inflamatorio de pulmón que infiltra pared torácica

Jesús González Guzmán, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Reynaldo Falcón Escobedo, Cuauhtemoc Oros Ovalle, Lidia Montes Rivera, Joel Rodríguez Llerenas Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de San Luis Potosí.

Caso clínico: femenino de 10 años de edad inicia hace 4 meses con tos disneizante, hipertermia, ataque al estado general, diagnosticada como neumonía y multitratada, sin mejoría; una semana previa a su ingreso, presentó disnea; aumento de volumen del tórax izquierdo de 10 x 6 cm en región mamaria izquierda. A la exploración física: Tórax asimétrico; disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, lesión firme, dolorosa, no móvil, con bordes bien definidos. Radiografía de tórax: Opacidad del campo pulmonar izquierdo. TAC de tórax: Tumor intraparenquimatoso que ocupa hemitórax izquierdo, con colapso pulmonar, broncograma aéreo, que hace protrusión hasta tejido celular subcutáneo, respetando estructuras óseas y piel. Se realizó biopsia. **Hallazgos histopatológicos:** se observó proliferación de células fusiformes con núcleos ahusados y un citoplasma eosinófilo, en un estroma colagenizado y acompañado de elementos inflamatorios predominantemente linfocítico y plasmocitario, así como células gigantes multinucleadas y escasos eosinófilos. Histoquímica: Negativo para microorganismos. Inmunohistoquímica: Vimentina (+), Actina ML (+), H Caldesmon (-), Desmina (-). Diagnóstico: Tumor miofibroblástico inflamatorio (tumor pseudoinflamatorio). **Conclusión:** el seudotumor inflamatorio es un proceso no neoplásico caracterizado por un crecimiento irregular de las células inflamatorias, poco frecuente, que puede desarrollarse en diversas regiones del organismo, con localización más común en pulmón. La fisiopatología del seudotumor no es clara, se plantea, más probablemente una respuesta inmunológica exagerada.

Hay argumentos clínicos y biológicos que sugieren una reacción inespecífica inflamatoria con un microorganismo. Existe amplia variedad de diagnósticos diferenciales que va desde neoplasias primarias, metastásicas, así como procesos no neoplásicos: Granulomatosis de Wegener, tuberculosis pulmonar, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Indian J Pathol Microbiol. 2007 Oct;50(4):875-7.
2. Thorac Cardiovasc Surg. 2008 Jun;56(4):214-6.
3. Indian J Chest Dis Allied Sci. 2001 Oct-Dec;43(4):231-4.
4. Ann Thorac Surg. 1998 Sep;66(3):948-50

Tumor inflamatorio miofibroblástico. Reporte de un caso

Ezequiel Vélez Gómez, Daniel Miramontes Acevedo

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara.

Introducción: el Tumor Inflamatorio miofibroblástico es una lesión que se presenta frecuentemente en vísceras y tejidos blandos de niños y adultos jóvenes usualmente con un pronóstico favorable. El Tumor Inflamatorio Miofibroblástico ha sido descrito en múltiples localizaciones recibiendo distintos nombres: granuloma de células plasmáticas, seudotumor de células plasmáticas y seudotumor inflamatorio entre otros términos. **Caso clínico:** paciente de cuatro años de edad que inicia su padecimiento con dolor abdominal, fiebre y prurito. A su ingreso se encuentra con abdomen globoso, ictericia, hepatoesplenomegalia y radiológicamente muestra tumor retroperitoneal que involucra riñón y uréter izquierdo. Se toma biopsia y se envían con el diagnóstico clínico de neuroblastoma. Histológicamente se observa una lesión constituida por células fusiformes con áreas de colagenización en bandas anastomosadas, en las áreas de mayor

densidad celular se observa un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, células plasmáticas, histiocitos y eosinófilos, puede tener folículos linfoides y áreas de necrosis grasa. La lesión involuciona casi completamente al tratamiento con quimioterapia. **Conclusiones:** la lista de diagnósticos diferenciales es extenso y depende de la clínica del paciente: edad, sexo, localización y número de lesiones. Hay controversia al respecto de si se trata de una entidad homogénea, si es una entidad neoplásica y en caso de serlo si es maligno. Sin embargo hay evidencia de que se trata de una lesión neoplásica ya que se asocia en muchos casos a un comportamiento agresivo que ha resultado en algunas muertes e incluso se han reportado casos de metástasis. El Tumor Inflamatorio miofibroblástico puede distinguirse del grupo de las lesiones inflamatorias fibroesclerosantes incluyendo la mediastinitis esclerosante, la fibrosis retroperitoneal idiopática y la tiroiditis de Riedel, prestando atención a la presentación clínica y a las características histológicas.

Tumor benigno de vaina nerviosa mixoide con características híbridas de mixoma de vaina nerviosa y perineuroma: un caso localizado en el hallux del pie izquierdo

Perla Esther Zaragoza Vargas, Carlos Ortiz Hidalgo

Centro Médico American British Cowdray.

Introducción: los schwannomas, perineuromas y neurofibromas pueden presentar extensas áreas con cambio mixoide, así como participación de células perineurales en escasa proporción. Actualmente el espectro histológico de los tumores benignos de vaina nerviosa se ha ampliado gracias a el reconocimiento de tumores con características híbridas, es decir que comparten características de 2 o más de los tipos de tumores de vaina nerviosa. **Caso clínico:** hombre de 45 años

con crecimiento gradual e indoloro del hallux del pie izquierdo por lesión nodular polipoide que midió 2.8 x 1.5 x 1 cm de superficie lisa del mismo color de la piel adyacente. La lesión fue resecada completamente. Macroscópicamente el nódulo era blando blanquecino de aspecto laxo. Se realizaron cortes del tejido en parafina y se realizó tinción con hematoxilina y eosina así como reacciones de inmunohistoquímica (anticuerpos mencionados en resultados). Por histología se observó lesión multinodular parcialmente encapsulada, conformada por lóbulos de células fusiformes y epitelioides inmersas en abundante material mixoide y separados de trabéculas fibrosas. Por inmunohistoquímica las células neoplásicas fueron positivas de manera difusa para marcadores de células de Schwann P-S100, P-S100-6A, GFAP y PGP 9.5, así como también marcadores perineurales como al EMA, Claudina -1 y, Glut-1. **Discusión:** el caso corresponde a un tumor benigno de la vaina nerviosa con características híbridas de mixoma de vaina nerviosa y perineuroma demostrada por la expresión de marcadores de diferenciación a células de Schwann y perineurales, de manera multifocal y difusa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Michal M, Kazakow DV, Belusova I, Bisceglia M, Zamecnik M, Mukensnabl P. A neoplasia with hybrid histopathological features of both schwannoma and retiform perineurioma: a report of 6 cases of a distinctive soft tissue tumor with a predilection for fingers. *Virchows Arch.* 2004; 445:347-353.
2. Kazakow DV, Pitha I, Sima R, Vanecek T, Shelekhova K, Mukensnabl P, Michal M. Hybrid peripheral nerve sheath tumors: Schwannoma- perineurioma and neurofibroma-perineurioma. A report of three cases in extradigital locations. *Annals of Diagnostic Pathology* 2005; 9:16-23.

Angiosarcoma primario de corazón. Presentación de dos casos de necropsia

Carlos Arturo Martínez Quiroga, Iván Ramírez de la Rosa, Abigail Pimentel Carranza, Guillermina Lara Cuervo, Evelin Cortés Gutiérrez, Joel Alberto Benítez Sánchez, José Rafael Peñavera Hernández, Verónica Ledezma Hernández
Hospital Juárez de México.

Introducción: el angiosarcoma es el tumor primario de corazón más frecuente. afecta principalmente a aurícula derecha como un tumor grande con extensión intracavitaria. Típicamente es menos diferenciado que otros angiosarcomas de otra parte del cuerpo. la edad media de presentación es a los 40 años, con un rango de 10 a 76 años. **Casos clínicos:** hombre de 21 años que inicia su padecimiento 2 meses antes de su ingreso con tos no productiva disneizante y emetizante. Posteriormente se agrega disnea de pocos esfuerzos y edema de miembros pélvicos. Presenta datos de choque cardiogénico y fallece. Mujer de 25 años que inicia en la semana 30 de gestación con disnea de medianos esfuerzos que progresa a ortopnea, presenta datos de choque cardiogénico y fallece. La necropsia del hombre de 21 años mostró tumor cardíaco de 20 x 18 x 14 cm que infiltra las cuatro cavidades cardíacas, con múltiples metástasis en pulmones y ganglios parahiliares. Microscópicamente se identifican múltiples vasos que se anastomosan entre sí, con atipia de leve a moderada. Se realizó inmunohistoquímica siendo positivo CD31 y CD34. La necropsia de la mujer de 25 años mostró tumor de 8 x 6 cm en aurícula derecha, con las mismas características microscópicas pero con otro grado de diferenciación. **Conclusión:** el angiosarcoma primario de corazón en una neoplasia rara de difícil diagnóstico clínico, que hay que tener en cuenta en casos de tumores cardíacos en cualquier rango de edad

BIBLIOGRAFÍA

1. Humphrey P, Dehner L. The washington manual of surgical pathology. ed.

Lippincott Williams and Wilkins. 2008, pp 135.

Elastofibromas, una serie de 6 casos

Aldo A. Alcaraz Wong, Dulce Ma. I Mendiola Quintana, Gerónimo M. Tavares Macias

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades UMAE, CMNO, IMSS.

Introducción: el elastofibroma (EF) es un tumor raro de tejidos blandos descrito por vez primera en 1959 por Javi y Saxen tiene un origen incierto y se cree derivado de la elastogénesis anormal. La incidencia es del 2% con un predominio por mujeres (93%) entre la quinta y sexta década de la vida. El 99% de los casos localizado en la región escapular. histológicamente caracterizados por ser tumores hipoce-lulares, compuestos por fibroblastos sobre un estroma hialinizado con una mezcla de colágena y fibras elásticas gruesas, además de, escasos grupos de adipositos maduros atrapados. Se realizó una revisión de los archivos del servicio de anatomía patológica en el periodo comprendido de enero del 2006 a agosto del 2008 en búsqueda de los casos con diagnóstico de EF se revisaron los datos clínicos incluidos en las solicitudes de envío se realizaron tinciones de rutina (H&E), tricrómico de Masson, fibras elásticas. Se encontraron 6 casos de EF en pacientes de 51 a 81 años de edad con una media de 60 años, con predominio en mujeres de 5:1. El 100% de los casos localizados en la región subescapular, el 4 casos (67%) del lado derecho y los restantes 2 (33%) del lado izquierdo. El tamaño vario de 7 a 12 cm con un promedio de 9 cm. Las características histológicas mostraron un tumor no encapsulado, mal delimitado, hipocelular. La población celular constituida por fibroblastos sin atipia, con un estroma hialinizado. además una mezcla por igual de colágena y fibras elásticas gruesas, aserradas, eosinófilas con un arreglo

linear y en glóbulos. los vasos sanguíneos pequeños y escasos. El tricrómico de Masson hizo evidente las fibras de colágena gruesas dispuestas en forma difusa en todo el tumor y las tinciones para fibras elásticas (Verhoeff) mostraron a mejor detalle el aspecto aserrado en la periferia y una región central densa y homogénea. las características clínico-patológicas encontradas en los 6 casos de EF de nuestro hospital son similares a los reportados en la bibliografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Daigeler A, et al. Elastofibroma dorsii differential diagnosis in chest wall tumors. *World J Surgical Oncology* 2007;5:15.
2. Villavicencia A, et al. Expresión del cd 34 en elastofibroma. *Rev Invest Clin* 1999;51:11.

Leiomioma superficial en extremidad inferior. Presentación de dos casos

Julieta García Gutiérrez, Axel Ramírez Varela, Carlos Arturo Martínez Quiroga
Hospital Juárez de México

Introducción: los sarcomas de tejidos blandos superficiales representan < 1% de los tumores malignos y muestran un amplio rango de diferenciación. Los leiomiomas superficiales son menos frecuentes que los profundos y pueden ser divididos en cutáneos y subcutáneos. Son más comunes entre la quinta y séptima década de vida. Se presentan dos casos de leiomioma superficial, conocer su incidencia y describir sus características histológicas. **Casos clínicos:** Caso 1: Mujer de 75 años con lesión exofítica en tercio proximal de cara anterior de pierna derecha de 6 meses de evolución con crecimiento progresivo, ulcerado de 8.5 x 7 cm que se eleva a 2.5 cm de la superficie epidérmica. Se le realiza amputación supracondílea. Caso 2: mujer de 42 años con lesión nodular en cara lateral interna de primer artejo izquierdo de 2

meses de evolución que mide 2.5 x 2.5 x 2 cm. Se realiza amputación del artejo. En ambos casos se identifica una neoplasia maligna con patrón de crecimiento sólido con fascículos de células fusiformes que se intersectan entre sí, con núcleo elongado, hiper cromático y con ligero pleomorfismo, citoplasma eosinófilo y actividad mitótica. Los estudios de inmunohistoquímica descartaron una neoplasia epitelial y confirmaron la diferenciación en músculo liso. **Discusión:** a pesar de la baja incidencia de los leiomiomas superficiales es necesario tomarlo en cuenta como diagnóstico diferencial con otras neoplasias sarcomatosas. La diferenciación entre leiomioma y leiomioma puede ser difícil, por lo que es importante conocer las características histológicas ya que tiene implicación pronóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rouhani P, Fletcher C, Devesa SS. Cutaneous soft tissue sarcoma incidence patterns in the U.S. *Cancer* 2008; 113: 616-27.
2. Pigpe J, Broers TG, Plaet BE. The relation between histological, tumorbiological and clinical parameters in deep and superficial leiomyosarcoma and leiomyoma. *Sarcoma* 2000;6:105-110.

TUBO DIGESTIVO

Las micrometástasis extraganglionares peritoneales son factores independientes de mal pronóstico en carcinoma gástrico

Braulio Martínez Benítez, Daniela Domville Barrera, Erla Medina López, Armando Gamboa Domínguez
Departamento de Patología, INCMNSZ, México, DF.

Introducción: las micrometástasis extraganglionares peritoneales (MEP) son pequeños grupos de células neoplásicas en el tejido adiposo periganglionar discontinuos del tumor primario. Este tipo

de diseminación también se ha identificado en otros carcinomas, asociando tal diseminación con agresividad de la neoplasia. **Objetivo:** evaluar el significado clínico de las MEP en carcinoma gástrico. **Material y métodos:** se incluyeron 113 pacientes con gastrectomía en el INCMNSZ en entre 1986 y 2004. Todas las estructuras sólidas en el tejido adiposo perigástrico fueron examinadas incluyendo los ganglios linfáticos y las MEP. Se evaluaron los focos microscópicos de células neoplásicas, y se contabilizó el número de áreas con MEP. Las MEP se definieron como células neoplásicas en el tejido adiposo perigástrico discontinuas al tumor primario o en los tejidos blandos periganglionares. La recurrencia se confirmó por métodos de imagen y/o biopsia. La correlación entre MEP y características clinicopatológicas se determinaron con la prueba de χ^2 , prueba exacta de Fisher o prueba U de Mann-Whitney. La supervivencia libre de recurrencia se calculó con Log Rank. El análisis multivariado se realizó con el modelo de riesgos proporcionales de Cox. **Resultados:** las MEP se identificaron en 49 (43.8%) de 113 pacientes con carcinoma gástrico. La frecuencia de MEP fue mayor en pacientes con tumores grandes ($p = 0.041$) y con infiltración a órganos adyacentes ($p < 0.001$); 31 (63.3%) pacientes desarrollaron recurrencia, comparados con 25 (39.7%) sin MEP. La supervivencia libre de recurrencia fue menor para los pacientes con MEP ($p < 0.003$). El análisis multivariado demostró que las MEP son factores pronósticos independientes para recurrencia junto con el estadio. **Conclusiones:** la presencia de MEP se ha descrito entre 10 y 28% de las gastrectomías con carcinoma gástrico. En el presente trabajo las identificamos en 43.8% de los casos. La presencia de MEP en carcinoma gástrico estuvo estrechamente relacionada con la agresividad del tumor y mal pronóstico. Su presencia debería de estar incluida en la clasificación clínica de carcinoma gástrico.

Frecuencia de tumores mesenquimatosos gastrointestinales con énfasis en tumores del estroma gastrointestinal (GIST): expresión de p53 y Bcl-2, como marcadores pronósticos (2001-2007 HJM)

Jaime Alfonso, Evelyn Cortés, Mauricio Méndez, Teresa Cuesta, Guadalupe Juárez

Hospital Juárez de México.

Introducción: los tumores mesenquimatosos constituyen la mayor parte de las neoplasias no epiteliales del tracto gastrointestinal. Se localizan con mayor frecuencia en: estómago, intestino delgado, intestino grueso. Es más frecuente en hombres entre 5ª-7ª década. Incidencia anual es 10-20 casos por cada millón de habitantes. **Objetivo:** conocer la frecuencia de los tumores mesenquimatosos del tracto gastrointestinal en nuestro medio, así como de los tumores del estroma gastrointestinal y valorar los estudios de Inmunohistoquímica en el diagnóstico y como marcadores pronósticos. **Material y métodos:** se realizó un estudio original, no experimental, retrospectivo y transversal. Se estudiaron los casos diagnosticados como tumores mesenquimatosos del tracto gastrointestinal de los archivos de Anatomía Patológica en 7 años. Se obtuvieron 12 casos a los que se les realizó Inmunohistoquímica: CD117, CD34, PS-100, p53, Bcl-2, Ki-67, desmina, actina músculo liso. **Resultados:** la localización más frecuente de GIST fue intestino delgado (yeyuno) seguido por estómago. Esto se relaciona a tumores de riesgo intermedio y alto. El sexo femenino fue más afectado y el promedio de edad fue de 58 años. La expresión de Bcl-2 y P53 por si sola no es un factor suficiente para predecir el comportamiento de los GIST. El resto de tumores mesenquimatosos fueron 3 schwannomas y 2 leiomiomas. **Conclusiones:** el comportamiento de los tumores del estroma gastrointestinal es de difícil predicción y debe basarse en

múltiples parámetros como el tamaño del tumor, el índice mitótico, presencia de necrosis tumoral. Estos factores deben analizarse en forma individual y se deben añadir estudios de Inmunohistoquímica como el Bcl-2 y P53.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feakins RM. Expresión de p53 y bcl-2 en tumores del estroma gastrointestinal asociados con sitio anatómico y p53 con el riesgo alto. *Histopathology* 2005; 46:270-9.

Tumores neuroendocrinos del tracto digestivo

Arturo Luévano González, Ricardo Flores Rendón, Oralia Barboza Quintana, Aldo Garza Galindo, Jesús Ancer Rodríguez, Juan Pablo Flores Gutiérrez
Hospital Universitario, UANL.

Introducción: los tumores neuroendocrinos (TNE) representan el 0.5% de neoplasias reportadas siendo mas comunes en el sexo femenino por debajo de los 50 años, y localizado en el apéndice cecal. Los TNE de tracto gastrointestinal son hasta el 67% del total de neoplasias neuroendocrinas, seguidas por el pulmón en un 25%, y el resto como enfermedad metastásica. **Objetivo:** determinar en nuestra institución la prevalencia de TNE del tracto digestivo, edad de presentación, sitio primario y tamaño tumoral. **Material y métodos:** se realizó una revisión retrospectiva en los archivos del servicio de anatomía patológica de nuestro hospital, desde Enero de 1986, hasta enero del 2008, recabando edad, sexo, localización, y tamaño tumoral. **Resultados:** se revisó un total de 168,424 reportes recabándose 54 casos, el 56.1% de los cuales fueron mujeres. Al comparar edad, con estirpe histológica se observo una tendencia importante entre los tumores carcinoides de bajo grado en pacientes menores a 20 años. Se observó una relación directa al comparar tipo histológico y localización entre carcinoides de bajo grado en apéndice y

carcinomas neuroendocrinos de alto grado en colon. En lo que respecta a tamaño tumoral, los tumores colónicos de cualquier estirpe, tuvieron medidas superiores a los 5 cm. **Conclusiones:** el presente estudio sólo muestra algunas características de los TNE, que deberán de ser estudiadas de manera prospectiva para poder realizar un mejor juicio. Probablemente con el advenimiento de nuevas técnicas histológicas y la búsqueda intencionada, podamos detectar una mayor cantidad, definir su comportamiento y el impacto de estos en nuestra población.

El diagnóstico morfológico de compatibilidad es suficiente para iniciar manejo antifímico en tuberculosis abdominal

Daniel González Blas, Armando Gamboa Domínguez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: la tuberculosis es un problema de salud pública mundial. En México figura entre las primeras 20 causas de muerte (mortalidad de 2.8 / 100 mil habitantes). La extrapulmonar corresponde al 20%, entre ellas, la abdominal alcanza el 11%; se carecen de pruebas con elevada sensibilidad y especificidad para su diagnóstico. **Objetivo:** identificar la relevancia del diagnóstico "inflamación granulomatosa crónica compatible con tuberculosis (IGC-TB)" y su relación con la evolución clínica. **Material y métodos:** se recabaron los diagnósticos de IGC en biopsias de órganos abdominales de enero de 2000 a junio 2007 del archivo de patología quirúrgica del INCMNSZ. Se revisaron los expedientes clínicos, radiográficos y laminillas con tinciones especiales. Se utilizaron medidas de dispersión, porcentajes y tablas de correlación. **Resultados:** se identificaron 35 pacientes con diagnóstico morfológico de IGC en abdomen. Se incluyeron 23 casos con IGC -TB y 12 se excluyeron por corresponder a otras patologías.

Datos clínicos como dolor abdominal, pérdida de peso y fiebre, aunados a las características radiológicas de ascitis y peritoneo nodular, fueron las asociaciones más frecuentes para sospechar tuberculosis abdominal. Se identificaron granuloma seco (15), granuloma clásico (7) e infiltrado linfohistiocítico (1) en la revisión morfológica. En 9/23 se identificaron bacilos con el Z-N y se confirmó *M tuberculosis* en 3 casos (2 por cultivo de tejido, uno por PCR). En todos se inició manejo antifímico y en 20 hubo adecuada respuesta. **Conclusiones:** el diagnóstico morfológico de IGC-TB en un escenario clínico adecuado anticipa alta respuesta al tratamiento antifímico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Revista de Gastroenterología de México, Num. 70, vol. 2, 2005
2. Norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, 2005

Adenocarcinoma mucinoso de esófago con células en anillo de sello asociado con dermatomiositis

Blanca Martínez Chagolla, Jesús Villagrán, Rosa Silva, Leilanie Arias
Hospital General Dr. Miguel Silva.

Introducción: las miopatías inflamatorias son enfermedades autoinmunes de músculo esquelético (polimiositis, dermatomiositis y miositis con cuerpos de inclusión). La asociación entre miopatías inflamatorias y tumores se describió por primera vez en 1916 en un paciente con dermatomiositis y cáncer gástrico. Los tumores más frecuentes asociados con miopatías son de ovario, pulmón, estómago, colorrectal, páncreas y linfoma. En raras ocasiones se ha descrito asociado con tumores esofágicos. Se describe la asociación entre dermatomiositis y adenocarcinoma mucinoso de esófago con células en anillo de sello, una morfología poco habitual para este sitio anatómico. **Caso clínico:**

mujer de 74 años con dermatomiositis, tratada desde 2007 con aralen, prednisona, azatioprina. Acudió al hospital con disfagia de un mes de evolución. Endoscópicamente se observó lesión neoplásica, infiltrante, ulcerada y estenosante en tercio distal de esófago. Se realizó esofagectomía transmediastinal y cervical. En el análisis morfológico se identificó un Adenocarcinoma de tipo mucinoso con células en anillo de sello asociado con esófago de Barrett.

Discusión: la dermatomiositis se ha asociado mayor riesgo para desarrollar neoplasias malignas. El riesgo relativo de esta asociación es entre 3 y 6 más que la población general. Se ha encontrado que entre 18 y 32% de los pacientes con dermatomiositis han tenido, tienen o tendrán cáncer durante la evolución de la enfermedad. Se considera que la dermatomiositis es una presentación paraneoplásica, se diagnostica con frecuencia de forma sincrónica al tumor y mejora tras el tratamiento del mismo. La asociación con cáncer de esófago es poco frecuente y ocurre en menos de 1% de pacientes con dermatomiositis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mañas MD, Marchán E, Calderón P. An Med Int 2007 May;24(5):254-5.
2. Kikuchi K, Seto Y, Matsubara T, Yamada K. Int J Dermatol 2008 Mar; 47(3):310-1.
3. Hill CL, Zhang Y et al. Lancet 2001; 357:96-100.

Adenocarcinoma de células espumosas del páncreas asociado a neoplasia intraepitelial de células espumosas del páncreas. Una nueva variante de lesión precursora de carcinoma ductal del páncreas

Jorge Albores Saavedra, Fredy Chablé Montero, Ana S. Ordóñez Barrera, Mariana Weimersheimer Sandoval, Daniel Montante Montes de Oca
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: el adenocarcinoma de células espumosas es una variante poco frecuente de adenocarcinoma ductal del páncreas y recientemente hemos descrito su lesión precursora. **Caso clínico:** hombre de 67 años, su cuadro clínico se caracterizó por ictericia, dolor en mesogastrio y pérdida de peso. Se practicó cirugía tipo Whipple; se encontró un tumor en cabeza de páncreas de 4 x 3.7 cm, de superficie sólida color blanco amarillento e infiltrante. Histológicamente formado por glándulas de diferente tamaño, con un patrón infiltrante y focalmente cribiforme; revestidas por epitelio cúbico a cilíndrico con abundante citoplasma espumoso con discreta atipia nuclear. El parénquima pancreático distal al carcinoma mostró conductos con presencia de PanIN1 revestidas por células espumosas sin atipia; y las áreas adyacentes al componente invasor presentaban conductos revestidos por PanIN2 y 3 similares al componente invasor; este componente fue positivo para PAS, azul anciano y mucicarmin; por inmunohistoquímica positivo para MUC1 y CK7. La progresión citológica y arquitectural de PanIN2 a 3, excluyó la diseminación intraductal. El diagnóstico histopatológico fue de adenocarcinoma de células espumosas y PanIN de células espumosas. **Comentario:** se ha establecido como el precursor ordinario de carcinomas ductales invasivos del páncreas en bases morfológicas, inmunohistoquímicas y moleculares; sin embargo, no está establecido para las distintas variantes de carcinoma ductal. Nosotros describimos las características morfológicas e inmunohistoquímicas de lesiones PanIN asociadas a carcinomas invasores de células espumosas del páncreas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albores-Saavedra J, Weimersheimer-Sandoval M, Chablé-Montero F, Montante-Montes de Oca D, et al. The Foamy Variant of Pancreatic

Intraepithelial Neoplasia. Ann Diagn Pathol. 2008; 12: 252-259.

Carcinoma adenoescamoso originado en esófago de Barret. Estudio inmuno-histoquímico de un caso

Perla Esther Zaragoza Vargas, Cesar Lara Torres, Carlos Ortiz Hidalgo
Centro Médico American British Cowdray.

Introducción: el carcinoma adenoescamoso del esófago es un tumor raro y agresivo en donde coexiste adenocarcinoma y carcinoma de células escamosas. Dentro de los probables orígenes de este tipo de lesiones está la diferenciación escamosa a partir del esófago de Barret, otra es la metaplasia glandular a partir de los carcinomas de células escamosas o las glándulas submucosas del tercio inferior del esófago. **Caso clínico:** hombre de 79 años de edad con tumor en la unión esófago gástrica. Se realizó estudio histopatológico de la biopsia de tumor y del producto de la esofagogastrectomía. Histológicamente las biopsias de la lesión de unión esófago-gástrica y del producto de la esofagogastrectomía muestran lesión neoplásica con áreas escamosas poco y moderadamente diferenciadas y glandulares bien diferenciadas en continuidad. Además en la mucosa adyacente había esófago de Barret con displasia de alto grado. El diagnóstico fue de Carcinoma adenoescamoso originado en esófago de Barret. Por inmunohistoquímica, el p63 mostraron positividad nuclear en las áreas escamosas y negatividad en las áreas con diferenciación glandular. El CEA resultó positivo citoplasmático en las áreas de diferenciación glandular y negativo en las áreas escamosas. **Discusión:** en nuestro caso, no se observan elementos precursores de tipo escamoso, sino del componente glandular (Barret con displasia de alto grado) sugiriendo el origen de la lesión en el un epitelio glandular anormal metaplásico, por tanto

el componente escamoso es parte de una diferenciación divergente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paraf F, Flejou JF. Surgical Pathology of Adenocarcinoma Arising in Barret's Esophagus: Analysis of 67 cases. Am J Surg Pathol 1995;19(2):183-191.
2. Huang Q, M.D, PhD, Zhang L, MD, PhD. The Histopathologic Spectrum of Carcinomas Involving the Gastroesophageal Junction in Chinese. Int J Surg Pathol 2007;(15):38-52.

Presentación inusual de adenocarcinoma gástrico difuso en niña de 14 años
Guillermina Lara Cuervo. María Evelin Cortés Gutiérrez, Rafael Peñavera Hernández, Gabriel Peñaloza, Verónica Ledezma

Hospital Juárez de México.

Introducción: el Adenocarcinoma gástrico es raro en niños, en Japón la incidencia es de 0.05%, en la bibliografía se han reportado casos aislados. Se relaciona a EVB, *Helicobacter pilory* y radiaciones. La mortalidad es directamente proporcional al estadio clínico. **Caso clínico:** niña de 14 años con dieta alta en salsas picantes comerciales, grupo sanguíneo A+. Inicia 4 meses previos con dolor en hipogastrio, pérdida ponderal de 15 kg y se agrega ascitis 3 meses posteriores. Acude a HJM, la TAC revela implantes peritoneales y se somete a laparotomía exploradora, se toman biopsias y citológico. Posterior al resultado se realiza endoscopia encontrándose 3 úlceras de 0.5 cm. Se toma biopsia. La citología positiva para Adenocarcinoma. Histológicamente se encontró neoplasia tubular y células en anillo de sello en implantes. La biopsia gástrica mostró Adenocarcinoma en anillo de sello PAS+. Inmunohistoquímica: CKAE1/3, ACE, CK19, CK20, CA19-9 positivos, CK5/6 negativa. **Discusión:** el adenocarcinoma gástrico es raro en niños, se cuentan con 10 casos aislados hasta el 2006 en la bibliografía mundial, el pro-

nóstico es pobre debido a la agresividad de la entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adenocarcinoma gástrico con metástasis ováricas (Tumor de Krukenberg) en paciente de 14 años. Avila [et.al]. Rev Chilena de Cirugía Vol 57-No. 1, 2005: 76-80.

Neoplasia endocrina múltiple tipo I manifestada como úlcera péptica perforada. Caso de autopsia

Verónica de Jesús Macedo Reyes, Ezequiel Vélez Gómez

O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Introducción: la neoplasia endocrina múltiples es una rara condición autosómico dominante caracterizada por el desarrollo de tumores endocrinos paratiroides, pancreático-duodenales y pituitarios, así como tumores adrenales, tumores neuroendocrinos, lesiones dérmicas, enfermedad tiroidea y tumores meníngeos. Los tumores pancreaticoduodenales son frecuentemente múltiples y se han encontrado en autopsias en el 80% de los pacientes con MEN I. Muchos de estos tumores son funcionales, siendo más frecuentes los gastrinomas y los insulinomas. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección para los tumores funcionales del páncreas. La presentación de este caso lleva por objeto el demostrar que la mayor parte de las veces esta entidad es un hallazgo de autopsia y tener en cuenta que se puede presentar de una forma tan común como una enfermedad ácido péptica de larga evolución. **Caso clínico:** el presente caso de autopsia se trata de paciente femenino de 44 años, la cual se presenta con datos de abdomen agudo, por lo que se le realiza LAPE sin observar perforaciones durante el acto, únicamente hematoma retroperitoneal antiguo drenado a cavidad. Un dato importante fue la presencia de hiperpotasemia hasta de 13.8 mg/dL, así como niveles séricos

de gastrina de 2081 pg/mL. Se procede a realización de autopsia encontrando úlcera duodenal perforada y penetrada a páncreas por su cara posterior, éste último también presentó múltiples tumores con tamaño promedio de 1 cm en cabeza, cola y cuerpo de páncreas, así como en pared duodenal, hipófisis, paratiroides y glándula suprarrenal. **Discusión:** Todos los tumores correspondieron a tumores neuroendocrinos bien diferenciados, a los cuales se les realizaron tinciones especiales de inmunohistoquímica resultando positivos para cromogranina y sinaptofisina. Los cortes de hueso mostraron datos de resorción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frederic Triponez, David Dosseh et al. Epidemiology Data on 108 MEN 1 Patients From the GTE With Isolated Nonfunctioning Tumors of the Pancreas. *Annals of Surgery*, Vol 243:2, p 265-272. February 2006.
2. Michael G. House and Richard D. Schulick. Endocrine tumors of the pancreas. *Curr Opin Oncol* 18:23-29. 2006.
3. J. Aidan Carney, Familial Multiple Endocrine Neoplasia. *The First 100 Years*.
4. *Am J Surg Pathol* Vol. 29: 2, p254-274. February 2005.

Paciente con neurofibromatosis tipo 1, tumor del estroma gastrointestinal en yeyuno y somatostatinomas en páncreas ectópico. Asociación infrecuente.

Ángel Fomperosa Torres, Karen Arizpe Angulo, Fredy Chablé Montero, Sagarrio del Pilar Trinidad Hernández, Edgardo Reyes, Arturo Ángeles Ángeles, Jorge Albores Saavedra

Departamento de Patología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Antecedentes: la neurofibromatosis tipo 1 (NF-1) enfermedad autosómica dominante con afección neurocutánea se asocia con diferentes neoplasias La más fre-

cuenta corresponde a tumor del estroma gastrointestinal (TEGI) cuya frecuencia varía de 3.9% a 35%. Otras neoplasias relacionadas con NF-1 son feocromocitoma, tumores carcinoides, glioblastomas y leucemia mieloide crónica juvenil. Stewart y cols han señalado que la pérdida de *heterocigosidad* en NF-1, mutaciones en c-KIT y del factor de crecimiento derivado de plaquetas guardan relación en patogenia del TEGI asociado con NF-1.

Caso clínico: mujer de 47 años con NF-1, anemia microcítica (Hb2.9g/dL) y DM. En 07/08 presentó debilidad, astenia, disnea, emesis posprandial y melena. Se le realizó endoscopia del tubo digestivo alto con doble balón. Se encontraron dos lesiones exofíticas y ulceradas en yeyuno proximal, la primera de 2 cm submucosa y la segunda lobulada de 5 cm aparentemente en mucosa. Las biopsias demostraron TEGI. Además se identificaron dos nódulos submucosos en vía biliar. Se le realizó procedimiento de Whipple y en el espécimen se diagnosticaron dos tumores endocrinos secretores de somatostatina originados en tejido pancreático ectópico. **Discusión:** al parecer sólo existen cuatro pacientes reportados de somatostatinomas asociados a NF-1. Consideramos que nuestro paciente presenta la asociación infrecuente de somatostatinoma originado en páncreas ectópico en el contexto de NF-1.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huson SM, Compston DA, Clark P, Harper PS. A genetic study of von Recklinghausen neurofibromatosis in south east Wales. I. Prevalence, fitness, mutation rate, and effect of parental transmission on severity. *J Med Genet* 1989; 26: 704-11
2. Wallace MR, Marchuk DA, Andersen LB, Letcher R, Odeh HM, et al. Type 1 neurofibromatosis gene: identification of a large transcript disrupted in three NF1 patients. *Science* 1990; 249: 181-86
3. Costi R, Caruana P, Sarli L, Violi V, Roncoroni L, et al. Ampullary adeno-

carcinoma in neurofibromatosis type 1. Case report and literature review. *Mod Pathol* 2001; 14: 1169-74

Síndrome de Ogilvie. A propósito de un caso

Karla Quintero Meza, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Cuauhtémoc Oros Ovalle, Edgardo Torres Gómez Jesús González Guzmán, Lidia Montes Rivera

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, SLP.

Caso clínico: masculino de 42 años con antecedentes de epilepsia desde los 8 años tratado con carbamazepina y DFH. Uso de laxantes no especificado por estreñimiento durante 4 años, cirugía en el 2005 por ¿malrotación intestinal? Ingresó por crisis convulsivas sin respuesta al tratamiento. Durante su estancia presentó distensión abdominal progresiva sin tolerancia a la vía oral de 6 días de evolución. Hallazgos radiológicos: colon dilatado con pérdida de aústras y compresión extrínseca. Se realizó colectomía total, se recibió espécimen de colectomía total de 130 cm de longitud, circunferencia que varía de 13 a 33 cm. Con pérdida de pliegues. Se realizó el diagnóstico de Megacolon secundario a pseudo-obstrucción intestinal compatible de síndrome de Ogilvie. Los hallazgos histológicos fueron normales. **Discusión:** el síndrome de Ogilvie se describió por primera vez por Sir Heneage Ogilvie en 1948. Es una entidad rara caracterizada por una pseudo-obstrucción aguda del colon, sin una patología preexistente obstructiva. Existe dilatación de ciego, colon derecho y ocasionalmente involucra el recto. La etiología es multifactorial. La patogenia es aún desconocida. En la mayoría de los casos el dolor abdominal puede ser la única manifestación temprana para diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. *East Afr Med J*. 2005 Jun, 82(6): 325-8.

2. Radiol Med (Torino). 2005 Apr;109 (4):370-5.
3. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2007;21 (4) 671-87.
4. Chirurgia (Bucur). 2000 Sep-Oct;95 (5); 437-45.

Tumor multinodular del apéndice cecal producido por un neuroma emergente a través de divertículos

Danny Soria Céspedes, Cesar Lara Torres, Carlos Ortiz Hidalgo
Centro Médico American British Cowdray.

Introducción: informamos la asociación de dos patologías del apéndice cecal que produjeron un aspecto macroscópico de tumor multinodular y estaban conformados por divertículos y la emergencia a través de estos de neuroma apendicular. La coexistencia de ambas patologías no está descrita en la bibliografía. **Caso clínico:** hombre de 31 años, quien presentó un día previo a su hospitalización dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho del abdomen, fiebre e hiporexia. El paciente refirió episodios similares los tres últimos meses, que remitían con tratamiento analgésico. Al examen físico presentó signo de McBurney y Rovsing, con estudios de laboratorios normales. El diagnóstico clínico fue apendicitis aguda y se realizó apendicectomía. El apéndice cecal midió 6.0 x 1.0 x 1.0 cm., con presencia de varios nódulos en la superficie. Al corte, la porción distal estaba obliterada por fibrosis y los nódulos tenían continuidad con la luz del apéndice. La porción proximal presentó numerosos divertículos localizados en el borde mesentérico y antimesentérico. Histológicamente la porción proximal presentó divertículos, con inflamación aguda y ulceración de la mucosa, y la porción distal presentó reemplazo de los elementos glandulares por proliferación de tejido S-100 positivo junto con tejido fibroso y adiposo. Esta proliferación fue la que formó el eje de las estructuras nodulares que emergieron a través de defectos de

la capa muscular. **Conclusión:** presentamos el primer caso de la coexistencia de divertículos y neuroma apendicular, que produjeron un aspecto macroscópico de apéndice cecal multinodular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blair NP, Bugis SP, Turner LJ, MacLeod MM. Review of the pathologic diagnoses of 2,216 appendectomy specimens. Am J Surg. 1993 May; 165(5):618-20.
2. Delikaris P, Stubbe Teglbjaerg P, Fisker-Sorensen P, Balslev I. Diverticula of the vermiform appendix. Alternatives of clinical presentation and significance. Dis Colon Rectum. 1983 Jun; 26(6):374-6.
3. Deschenes L, Couture J, Garneau R. Diverticulitis of the appendix. Report of sixty-one cases. Am J Surg 1971; 121: 706-709.
4. Wilson RR. Diverticula of the appendix and certain factors in their development. Br J Surg. 1950 Jul; 38(149):65-81.

Carcinoma cribiforme de la vesícula biliar; estudio clinicopatológico de 7 casos

Albores-Saavedra Jorge, Moran-Portela David y Lino-Silva Leonardo Saúl
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: los carcinomas de la vesicular biliar son morfológicamente heterogéneos, algunos son semejantes a carcinomas que se originan en otros órganos, entonces pueden ser confundidos con lesiones metastásicas. Reportamos las características clinicopatológicas de 7 carcinomas cribiformes de la vesícula biliar morfológicamente semejantes a los carcinomas cribiformes de la mama. **Caos clínicos:** siete casos pertenecientes a los archivos personales de uno de los autores (JAS) de adenocarcinomas de la vesícula biliar que incluye más de 700 casos acumulados en 36 años de experiencia, que tienen morfología cribiforme. Cinco

pacientes hombres y 2 mujeres de 31 a 72 años de edad (57 en promedio), más jóvenes que el promedio de carcinomas convencionales (70 años en promedio). Cinco pacientes tuvieron coledoclitiasis, el paciente mas joven (31 años) tiene antecedente de osteosarcoma del fémur a los 27 años (asociación coincidental, aunque una verdadera asociación no puede ser excluida). Ninguno de los casos estudiados mostró inmunorreactividad contra estrógenos o progesterona. Tres pacientes con carcinomas cribiformes de grado nuclear alto murieron con extensión del tumor al hígado, 3 pacientes con tumor confinado a la vesícula siguen vivos con 4 y 7 años de seguimiento, 1 paciente se perdió en el seguimiento. **Discusión:** mostramos 7 carcinomas con patrón cribiforme predominante similares a los carcinomas de la glándula mamaria. Ocurren en individuos con coledoclitiasis, puede coexistir con osteosarcoma esquelético, no muestran expresión de estrógenos o progesterona y son agresivos al igual que los adenocarcinomas convencionales de la vesícula biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albores-Saavedra J, Molberg K, Henson DE. Unusual malignant epithelial tumors of the gallbladder. Sem Diag Pathol. 1996;13:326-338.
2. Albores-Saavedra J, Henson DE, Klimstra DS. Tumors of the Gallbladder, Extrahepatic Bile Ducts and Ampulla of Vater. Atlas of Tumor Pathology. Third series. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 2000.
3. Murakata LA, Albores-Saavedra J. Benign and malignant tumors of the gallbladder and extrahepatic biliary tract. In: Odze RD, Goldblum JM, Crawford JM, eds. Surgical Pathology of the Gastrointestinal Tract, Liver Biliary Tract and Pancreas. Harcourt Health Sciences. Philadelphia, PA: The Curtis Center; 2004:639-672.

Ganglioneuroma polipoide solitario colónico. Reporte de dos casos

González Miranda Deneese A,* Ortiz-Hidalgo Carlos,** *** Lara Torres César***

* Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, México, DF.

** American British Cowdray Medical Center, IAP, México, DF.

*** Facultad de Medicina, Universidad Panamericana, México, DF.

Casos clínicos: presentamos dos casos de pacientes femeninos de 48 y 37 años, sometidas a colonoscopia debido a cambios en hábito intestinal, sin antecedentes previos de cáncer de colon o enfermedades sistémicas. En ambos casos se observó una lesión polipoide, sésil en la superficie mucosa; histológicamente estaban formadas por células ganglionares maduras, fibras nerviosas y células de sostén del sistema nervioso entérico. Inmunofenotípicamente las células eran positivas para S-100, neurofilamentos y CD56. Se diagnosticaron como ganglioneuroma colónico polipoide solitario. Uno de nuestros casos presentó agregados de macrófagos con pigmento (*melanosis coli*).

Los ganglioneuromas son tumores de crecimiento lento, bien diferenciados del sistema nervioso autónomo. Se originan de neuroblastos de la cresta neural que bajo condiciones normales migran hacia la médula suprarrenal y a ganglios simpáticos durante el desarrollo fetal. Las dos localizaciones más comunes son retroperitoneo (32-52%) y mediastino posterior (39-43%) seguido de la región cervical (8-9%). Con mucha menor frecuencia se originan en el tracto digestivo. **Discusión:** la asociación de ganglioneuroma colónico solitario con melanosis coli es muy rara y no se ha establecido su significado clínico. Los dos casos de ganglioneuroma que presentamos se diagnosticaron en adultos que no manifestaron enfermedad sistémica y por lo tanto no se asociaron con los síndromes conocidos que predisponen al desarrollo de ganglioneuromas, tales como poliposis colónica familiar, enfer-

medad de Cowden, esclerosis tuberosa, poliposis juvenil, neurofibromatosis I y neoplasia endocrina múltiple IIb.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendez IM, Pereda T, Rodríguez FJ, Funez R, Sanchez A. Solitary colonic polypoid ganglioneuroma. *Diagn Pathol*. 2008 Apr 29;3:20.
2. Chan OT, Haghighi P. Hamartomatous polyps of the colon: ganglioneuromatous, estromal, and lipomatous. *Arch pathol Lab Med* 2006, 130(10):151-6.

Tumores quísticos pancreáticos. Presentación de dos casos

Graciela Velázquez Delgado, Jesús Villagrán U, Rosa María Silva L, Leinanie Arias G

Hospital Civil Dr. Miguel Silva.

Introducción: los tumores quísticos pancreáticos son lesiones infrecuentes, ocupan el 1% de tumores pancreáticos. Estos tumores representan un desafío, por su diagnóstico diferencial entre los diversos tipos de neoplasias quísticas. Las neoplasias quísticas mucinosas alcanzan más del 50% de los tumores quísticos, el 84% se presentan en mujeres mayores con un pico a los 53 años, se manifiesta por dolor abdominal, tumor abdominal, pérdida de peso, son multiloculares, bordes bien definidos compuestos por varios quistes reciben el nombre de microquísticos o quísticos, histológicamente se diferencian en 3 tipos tumorales: 1. Cistadenoma mucinoso 2. Neoplasias quísticas mucinosas proliferativas no invasivas y 3. Cistadenocarcinoma mucinoso invasivo. Autores mencionan que con el tiempo tienden a malignizar, por ello la importancia del seguimiento y diagnóstico cuidadoso. El tratamiento de elección es la resección pancreática parcial o operación Whipple. **Casos clínicos:** se presentan dos pacientes de 53 y 56 años, con dolor abdominal, cuadro de

vías biliares, y a la exploración clínica presencia de tumor abdominal. Cistadenoma microquístico en cuerpo y cola de páncreas y cistoadenoma mucinoso pancreático. **Discusión:** existen menos de 300 casos publicados, poseen potencial premaligno. La diferenciación entre los tipos histológicos es de importancia pronóstica la resección el tratamiento de elección, con tasas de supervivencia a los 5 años del 50-72%

BIBLIOGRAFÍA

1. Iacobuzio D. *Gastrointest Liver Pathol* 484-490.
2. Fernandez JA. Tumores quísticos del páncreas. *Cir Esp* 2003;73:297-308.

UROLÓGICOS

Carcinomas renales, estudio retrospectivo de 5 años

Mónica Lizzette Serrano Arévalo, Gerónimo Martín Tavares Macías

Servicio de Anatomía Patológica del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, OPD Dr. Juan I. Menchaca.

Introducción: el carcinoma de células renales representa el 90% de los tumores malignos del riñón, ocurre a partir de los 40 años, sin predominio por sexo. La variedad histológicas más común de los carcinomas renales es el carcinoma de células claras (CCC), el tamaño promedio es de 7 cm y se presenta como tumor solitario generalmente. Las manifestaciones clínicas es la triada clásica: dolor, hematuria y masa palpable, aunque el 40% no la presentan, debutando con sintomatología sistémica, encontrándose metástasis a órganos distantes en 30% al momento del diagnóstico. **Objetivo:** conocer los tipos histológicos mas frecuentes de los carcinomas renales en nuestro hospital, así como sus características histopatológicas, edad, sexo, localización y tamaño del tumor. **Material y métodos:** se revisaron los archivos de los años de enero 2000 a diciembre del 2004, en nuestro servicio

correspondiente a pacientes sometidos a nefrectomías, en búsqueda de casos con carcinoma renal en pacientes adultos. **Resultados:** en los 5 años hubo 17 casos de carcinomas renales (0.47%) de un total de 36.000 estudios histopatológicos realizados, 11 de 17, (64.7%) fueron CCC, 3 de 17 (17.6%) fueron Carcinoma de Células Transicionales (CCT), 2 de 17 (11.7%) fueron carcinomas cromóforos (CC), y 1 de 17 (5.8%) Carcinoma Papilar (CP). No hubo predominio por un sexo, la edad de presentación predominó fue en la 5ª y 6ª décadas de la vida 12 de 17 (70.5%), no hubo predominio de lado afectado, el diámetro promedio del tumor fue de 12 cm. El grado de Fuhrman predominante en el carcinoma de células claras fue el III en 5 de 11 (45%), seguido del grado IV 4 de 11 (36%), el patrón de crecimiento dominante fue el sólido (54%), seguido por el quístico (18%) sarcomatoide (27%). 7 de los 11 CCC (63%) infiltraban hasta la capsula renal pero sin rebasarla completamente. 2 de los 3 CCT (66.6%) mostraron grado histológico dominante de alto grado. **Conclusiones:** nuestra serie de carcinomas renales mostró similar a lo reportado en la bibliografía que el CCC es la neoplasia maligna primaria mas frecuente del adulto (11 de 17 de nuestros casos, 64.7%), el tamaño promedio del tumor fue 12 cm, siendo de mayor tamaño que el promedio de 7 cm reportado en otras series. El patrón de crecimiento predominante en el CCC fue el sólido, al igual que en la bibliografía. El patrón sarcomatoide se presenta con una frecuencia de 5% en la bibliografía, en nuestra serie se presentó en 3 de los 11 casos (27%) elevado en comparación a la bibliografía, el grado histológico III-IV se observó en 9 de 11 casos (81%), siendo este uno de los factores pronósticos adversos mas importantes en el CCC. El CCT se presentó en 3 de 17 de nuestros casos (17.6%), sin embargo en la bibliografía el CP ocupa el segundo lugar en frecuencia (10-15%), lo cual es debido a que nuestra casuística es pequeña. Los CC en nuestra

serie se presentaron en 2 de los 17 casos (11.7%) comparado con el 5% reportado en la bibliografía.

Carcinoma urotelial de tracto urinario superior: análisis de características clínicas, patológicas y expresión de EGFR como factores pronósticos

Francisco Andrei Aguilar Magaña, Erla Medina López, Nancy Camorlinga Tagle, Braulio Martínez Benítez
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: los carcinomas uroteliales de tracto urinario superior (CUTUS) son poco frecuentes, por lo que su evaluación ha sido similar a los carcinomas uroteliales de vejiga. Actualmente existe una nueva clasificación TNM para etapificar estos tumores. Adicionalmente, se han explorado diversos marcadores de inmunohistoquímica como factores pronósticos y blancos terapéuticos, como el caso del receptor de factor de crecimiento epidermoide (EGFR). **Objetivo:** evaluar las características clínico-patológicas y la expresión de EGFR como factores pronóstico en CUTUS en el INCMNSZ. **Material y métodos:** se revisó el archivo de patología en busca de CUTUS en 25 años y se revisaron los expedientes clínicos. Con los bloques de parafina se realizó TMA e inmunohistoquímica (IHQ) para EGFR. La IHQ se evaluó de forma semicuantitativa. Para evaluar la asociación entre EGFR y las variables clinicopatológicas se realizó la prueba de χ^2 , prueba exacta de Fisher y U Mann-Whitney; se realizó análisis de supervivencia con Log Rank, y análisis multivariado con modelo de riesgos proporcionales de Cox. **Resultados:** se estudiaron 32 casos. La sobreexpresión de EGFR se asoció con estadio avanzado ($p = 0.034$), alto grado histológico ($p = 0.043$) y muerte por enfermedad ($p = 0.046$). En el análisis de supervivencia se encontró que el estadio clínico avanzado ($p < 0.0001$), grado histológico (alto

grado) ($p = 0.044$) y sobreexpresión de EGFR ($p = 0.049$) son factores de mal pronóstico para muerte por enfermedad. **Conclusiones:** la frecuencia de CUTUS es baja, el factor pronóstico mas importante es el estadio clinicopatológico, sin embargo la sobreexpresión de EGFR se asoció con neoplasias de alto grado, estadios avanzados y menor supervivencia. Este hallazgo es relevante dado que actualmente hay bloqueadores selectivos de este receptor.

Adenocarcinoma primario de pelvis renal. informe de un caso y revisión de la bibliografía.

Fredy Chablé Montero, Marco Aurelio González Romo,** Daniel Montante Montes de Oca*

* Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

** Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús de Villahermosa Tabasco.

Introducción: el tumor más común de la pelvis renal es el carcinoma urotelial, mientras que esta localización los adenocarcinomas son raros. El término adenocarcinoma ha sido reservado a los tumores primarios de pelvis renal que inequívocamente forman estructuras glandulares y no se aplica a los carcinomas uroteliales con vacuolas de moco entre las células neoplásicas. En esta localización se han subdividido en intestinales (tubulovelloso y mucinoso), papilares (no intestinales) y de células en anillo de sello. Aunque también han sido reportados algunos casos con características hepatoides, secretores de fetoproteína- α . **Caso clínico:** hombre 45 años con cuadro clínico de varios meses de evolución caracterizado por hematuria microscópica. La tomografía computarizada de abdomen mostró un tumor a nivel de la pelvis renal izquierda. Se le realizó nefrectomía izquierda por probable carcinoma urotelial. Macroscópicamente se observó un tumor vegetante de 2.1 x 2

cm, localizado en la porción inferior de la pelvis renal. Microscópicamente el tumor corresponde a un adenocarcinoma de fenotipo intestinal que invade sólo hasta la lámina propia. **Comentario:** los adenocarcinomas primarios de pelvis renal son raros. **Aunque existe una subdivisión por fenotipo, no es común que exista una combinación de ellos.** Los factores predisponentes conocidos son la metaplasia intestinal, nefrolitiasis e infecciones de repetición. Muchos adenocarcinomas son de alto grado y ampliamente invasores al momento del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spires SE, Banks ER, Cibull ML, et al. Adenocarcinoma of the renal pelvis. Arch Pathol Lab Med 1993;117:1156-60.

Angiomiolipoma renal gigante. Presentación de un caso

Verónica de Jesús Macedo Reyes, Ezequiel Vélez Gómez

O.P.D. Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: este tumor se presenta más frecuentemente en riñón e hígado y es muy raro en retroperitoneo, tejidos blandos pélvicos, cordón espermático y mediastino. En el riñón, son casi siempre benignos. Debido a que este tumor puede tener un componente predominantemente de tejido adiposo, debe hacerse siempre diagnóstico diferencial con liposarcoma y leiomiomasarcoma. **Caso clínico:** paciente femenino de 36 años con tumor retroperitoneal, del cual nos fue enviado un fragmento para estudio transoperatorio con dimensiones de 1 x 1 cm, con apariencia de tejido adiposo, reportándolo como tumoración compuesta por tejido adiposo, diagnóstico preciso a cortes definitivos. Recibimos para estudio complementario producto de resección tumoral con un peso de 4,300 g y dimensiones de 35 x 30 x 10 cm, con apariencia de tejido adiposo, así como riñón derecho, encontrándose incluido dentro del tumor, observándose

a nivel del polo inferior transición entre tumor y riñón. A los cortes histológicos identificamos una neoplasia constituida en su mayor parte por tejido adiposo maduro, alternando con bandas de músculo liso y vasos sanguíneos de pared tortuosa. Se le realizaron tinciones especiales de inmunohistoquímica resultando positivo para actina de músculo liso en pared de vasos sanguíneos, HMB 45 positivo en áreas de diferenciación muscular, PS100 y vimentina positiva en adipositos. **Discusión:** por lo anterior se concluyó que se trataba de un angiomiolipoma renal. Por la similitud histológica y el tamaño que mostró este tumor, es importante realizar diagnóstico diferencial principalmente con liposarcoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosai and Ackerman's., Surgical Pathology, 9ª ed., vol 2, p.2306-2307.
2. Enzinger and Weiss's., Soft Tissue Tumors, 5ª ed., 2001, p. 1138-1144.

Tumor *phylloides* de próstata

Reyes Edgardo, Albores Saavedra Jorge, Arispe-Angulo Karen, David de Jesús Morán Portela Departamento de Patología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: el tumor *phylloides* ocurre infrecuentemente en próstata y se han reportado menos de 40 casos.^{1,2} Similar a su contraparte mamaria está constituido por componente bifásico epitelial y estromal. Este último determina el comportamiento biológico del tumor.³ Estudios de genética molecular han demostrado que los componentes son monoclonales y su interacción tiene un papel importante en la proliferación del estroma.³ **Caso clínico:** hombre de 67 años que en 2001 inició con hematuria, síntomas urinarios obstructivos e irritantes. Se le realizó RTUP con diagnóstico histopatológico de HPB. Posterior a este procedimiento los niveles de APE fluctuaron entre 4.5-16 ng/mL. Además se documentó estenosis

uretral tratada con dilataciones. En 02/08 el tacto rectal detectó masa renitente y móvil. TAC: tumor quístico en pelvis que comprimía y desplazaba la vejiga así como el recto. El tumor se resecó con los siguientes aspectos macroscópicos: tamaño 17.5 cm, quístico con superficie interna lisa y porciones sólidas ahuladas. Microscópicamente se identificó componente estromal hipo e hiper celular sin mitosis anormales. El componente epitelial era benigno. El diagnóstico fue de tumor *phylloides* de bajo grado en próstata. **Comentario:** en los tumores *phylloides* el grado histológico es el factor predictivo más importante. Así estos tumores se clasifican en: bajo, intermedio y alto grado con base en la celularidad del estroma, la atipia, el número de mitosis y la proporción del componente epitelial: estromal.¹⁻²

REFERENCIAS

1. Bostwick D, Hossain D, Qian J, et al. Phylloides tumor of the prostate: Long term follow-up study of 23 cases. J. Urol. 2004;172: 894-99.
2. Shiraishi K, Mohri J, Eguchi S, Kamiyori Y, Sanefuji H. Phylloides tumor of the prostate: Recurrent obstructive symptom and stromal proliferative activity. Int J Urol. 2004; 11:801-04.
3. Morikawa T, Nagata M, Tomita K, Kitamura T, Goto A, et al. Phylloides tumor of the prostate with exuberant glandular hyperplasia. Pathology International 2006; 56:158- 61.

Tumor germinal mixto de testículo con componente de condrosarcoma maligno grado II. Informe de un caso y revisión de la bibliografía

Montes Rivera Lidia, Falcón Escobedo Reynaldo,* Reyna Romero Teodilo,** Peña Zepeda Claudia**

* Departamento de Anatomía Patológica.

** Departamento de Oncología.

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de San Luis Potosí; SLP.

Introducción: el desarrollo de sarcomas en pacientes con tumor germinal mixto es raro, puede aparecer en un tumor primario o manifestarse en metástasis. El más frecuente es el rhabdomyosarcoma, con menos informes de angiosarcoma, leiomyosarcoma, sarcoma indiferenciado, liposarcoma mixoide, TMVNP, Tumor Tritón y hemangioendotelio epitelioide. Poco se ha descrito de la presencia de condrosarcoma en estos tumores. Informamos el caso de un masculino de 17 años con tumor testicular derecho de 8 meses de evolución, acompañado de dolor leve. AFP 253.6 mU/mL GCH-B 854.7 mU/mL. **Caso clínico:** producto de orquitectomía derecha de 60 g y 7 x 5 x 4 cm. A los cortes seriados mostró neoplasia heterogénea de 3.5 cm. de eje mayor, sólido, bien circunscrito, heterogéneo. Se realizó la búsqueda en el archivo de tumores germinales mixtos de 1998-2008 con transformación maligna. En los cortes histológicos se observa tumor germinal mixto constituido por: Senos endodérmicos 40%, Teratoma inmaduro grado II 33%, Carcinoma embrionario 15%, coriocarcinoma 10%, seminoma 2%. Destacaba la presencia de Condrosarcoma grado II. **Discusión:** en nuestro archivo de un total de 70,000 quirúrgicos, encontramos 16 tumores germinales mixtos gonadales y extra-gonadales y sólo 2 con transformación maligna, rhabdomyosarcoma y el caso presentado actualmente, ambos de testículo. La patogénesis del desarrollo del sarcoma es poco claro, teorías propuestas incluyen un fenómeno de dediferenciación y transformación maligna en ciertos teratomas de elementos mesenquimales. La mayoría asociados a teratoma maduro o inmaduro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am J Surg Pathol. 2007 Sep;31(9):1356-62.
2. Acta Cytol. 1995 Mar-Apr; 39(2):249-51.

3. Semin Diagn Pathol. 1994 Feb;11(1):69-81.
4. J Urol. 1985;134:146-149.

Tumor de células germinales mixto de testículo. Presentación clínica inusual. hallazgos de autopsia

Sussy Melody González Huerta, Efraín A. Rodríguez Mora, Rosario Guillen Orozco

UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico de Occidente, IMSS.

Introducción: los tumores de células germinales son los más frecuentes del testículo. En un 80% son mixtos. Mayor incidencia en países industrializados, en varones de 25 a 30 años. Los síntomas principales son testiculares, aunque un porcentaje bajo debuta con síntomas de lugares metastásicos, en frecuencia decreciente retroperitoneo, cerebro, pulmones, hígado y hueso. El presente caso es una forma inusual de presentación clínica de estos tumores. **Caso clínico:** se trata de masculino de 23 años de edad, con antecedente de tabaquismo y múltiples parejas sexuales, que inicia con hematuria y dolor en fosa renal derecha por datos de obstrucción renoureteral, agregándose dificultad respiratoria, tos con hemoptoicos, vómitos y melenas. Efectuándose ultrasonido y urografa excretor se reporta hidronefrosis y obstrucción ureteral; la radiografía de tórax refiere infiltrado intersticial bilateral compatible con neumonía atípica, tratado para ésta sin respuesta, con evolución tórpida y desenlace fatal súbito. Se realiza necropsia, observándose en bloque pulmonar múltiples lesiones nodulares de tamaño variable de color blanquecino con zonas hemorrágicas que infiltran el parénquima. El bloque renal muestra infiltración por una masa tumoral café claro con áreas de hemorragia y necrosis, que afecta tanto parénquima renal como retroperitoneo, con lesiones similares en hígado, mesenterio, colon y testículo derecho. Histológicamente, todas las le-

siones presentan células indiferenciadas de aspecto epitelial con formación de patrón sólido, glandular y sincicial, con inmunomarcaje positivo a AFP, HCG y citoqueratinas, comprobando el diagnóstico de tumor mixto de célula germinales de testículo metastásico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tumours of the urinary system and male genital organs, John N. Eble and Co. World Health Organisation Classification of Tumours pp.217 - 249, 2004
2. Endocr Rev. 2006 Aug;27(5):468-84. Epub 2006 May 30.

Tumor fibroso solitario pélvico con manifestaciones predominantemente prostáticas

David de Jesús Morán Portela, Karen Arispe Angulo, Ángel Fomperoza Torres, Sagrario del Pilar Trinidad Hernández, Carmen Lome, Edgardo Reyes, Arturo Ángeles Ángeles, Jorge Albores Saavedra

Departamento de Anatomía Patológica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Antecedentes: el tumor fibroso solitario es una neoplasia fusocelular mesenquimatoso poco frecuente de crecimiento lento. Se han reportado en diversos sitios anatómicos incluyendo tracto genitourinario, sin embargo la frecuencia en pelvis corresponde a 16%. En la próstata sólo existen pocos casos reportados. **Caso clínico:** hombre de 54 años. Inició 9 meses antes del ingreso con aumento de frecuencia urinaria, tenesmo, disminución en la fuerza y calibre del chorro de la orina. Un mes después, presentó retención aguda de orina. Exploración física: tumor sólido y pétreo. TAC abdominopélvica: tumor pélvico que involucra próstata y desplaza colon. Se practicó laparotomía exploradora, donde se intentó resección del tumor y se embolizó. Debido a sangrado profuso por circulación aberrante

se suspendió la cirugía. Posteriormente se realizó exenteración pélvica total. Macroscópicamente El tumor midió 19 cm, localizado entre recto y vejiga con pseudocápsula bien definida. No existió invasión a la pared vesical ni rectal.

Discusión: el sitio anatómico de nuestro tumor entre vejiga y recto ocasionó síntomas urinarios compresivos simulando un tumor primario de próstata, sumado a que en la TAC no identificó este órgano. La localización pélvica en comparación con tumores fibrosos solitarios de la próstata es más frecuente. Se presentan las características macroscópicas y resultados de inmunohistoquímica. Se discuten los parámetros morfológicos que determinan el comportamiento biológico de esta neoplasia.

REFERENCIAS

1. Joe BN, Bolaris M, Horvai A, Yeh BM, Coakley FV, Meng MV. Solitary fibrous tumor of the male pelvis: findings at CT with histopathologic correlation. Clin Imaging. 2008 Sep-Oct;32(5):403-6.
2. Herawi M, Epstein JI. Solitary fibrous tumor on needle biopsy and transurethral resection of the prostate: a clinicopathologic study of 13 cases. Am J Surg Pathol. 2007 Jun;31(6):870-6.
3. Pacios Cantero JC, Alonso Dorrego JM, Cansino Alcaide JR, de la Peña Barthel JJ. Solitary fibrous tumor of the prostate. Actas Urol Esp. 2005 Nov-Dec;29(10):985-8.
4. Pins MR, Campbell SC, Laskin WB, Steinbronn K, Dalton DP. Solitary fibrous tumor of the prostate: a report of 2 cases and review of the literature. Arch Pathol Lab Med. 2001 Feb;125(2):274-7.

Tumor germinal mixto maligno no seminomatoso extragonadal con componentes de teratoma maduro y tumor de senos endodérmicos (saco de yolk) (α FP+) primario de pulmón

Paz Gómez Francisco José,* Domínguez Escamilla Ma. Guadalupe,** Santiago-Reynoso Javier,*** Suárez Nadal José****

* Departamentos de Anatomía Patológica.

** Neumología Pediátrica.

*** Oncología Pediátrica.

**** Cirugía Pediátrica.

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), León, Guanajuato.

Introducción: los TGMM-NS extragonadales son entidades raras localizadas principalmente en retroperitoneo, mediastino, pineal y presacros. Pulmón y pleura son extremadamente raros. Reportamos un caso. **Caso clínico:** masculino, 18 años de edad referido con diagnóstico de absceso pulmonar derecho. Con ataque al estado general, fiebre, tos y pérdida de peso. Por imagen con lesión en parénquima pulmonar derecho de 15 cm de diámetro sin involucro pleuromediastinal. Programado a neumonectomía con diagnóstico de absceso pulmonar vs tuberculosis. **Hallazgos:** corresponde a segmento pulmonar de 15.1 x 14.6 cm y 1,120 g. Quística septada con material sebáceo y con tres compartimentos. El mayor quístico sebáceo, el segundo ocupado por elementos nodulares de 2.7 cm de diámetro con piel, pelo y cartílago así como bazo con zonas vecinas calcificadas. El segmento menor es pulmón residual congestivo con zonas blanco nacaradas sólidas que miden 5.6 x 4.0 cm de ejes mayores. Microscópicamente se identifican piel con anexos revistiendo quistes, glándulas mucosas colónicas, cartílago hialino calcificado, bazo y tejido fibrilar neural sin neuroepitelio. En 10-15% del tejido se identifica proliferación celular compacta con atipias formando estructuras rosetoides perivasculares (cuerpos de Schiller-Duval) con congestión y necrosis focal, fetoproteína- α (α FP)+. No existe actividad en bordes. El diagnóstico es de TGMM-NS extragonadal (teratoma quístico maduro (85-90%) con tumor de senos endodérmicos con patrón sólido y glandular (10-15%). **Comentario:** un TGMM-NS es considerado extragonadal cuando se demuestra ausencia de

neoplasia primaria gonadal, mediastinal y en ganglios parailiacos y aórticos. Siendo extremadamente rara la neoplasia primaria pulmonar de este tipo. Existen sólo 12 casos reportados con diferentes combinaciones. La importancia en el reconocimiento de esta entidad parte de su rareza, su afinidad para simular abscesos y su alta sensibilidad a quimioterapia otorgando un muy buen pronóstico.

Espectro de tumor miofibroblástico inflamatorio/sarcoma miofibroblástico de bajo grado en pene: análisis de un caso

Paz Gómez Francisco José,* Ávalos Reyes David,* Santiago Reynoso Javier,** Cortes Sauza Jorge,*** Quiroz Guerrero Javier****

* Departamentos de Patología.

** Oncología Clínica Pediátrica.

*** Oncología Quirúrgica Pediátrica.

**** Urología Pediátrica.

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, HRAEB, León, Guanajuato.

Introducción: el SM-BG corresponde a una neoplasia maligna poco frecuente en población pediátrica y descrita predominantemente en cabeza y cuello. En aparato genitourinario se ha descrito en vejiga y próstata asociado a zonas de TMI. Presentamos un caso pediátrico primario de pene cuyo diagnóstico histológico fue difícil por asociarse a zonas extensas de TMI. **Caso clínico:** masculino de 2 años de edad que inició hace ocho meses con tumor en surco balanoprepucial de crecimiento progresivo y doloroso. Se realizó resección de tumor en hospital de Oaxaca diagnosticado como Histiocitoma Fibroso Benigno. Curso con cicatrización prolongada con incremento de volumen de 11 cm en la circunferencia del glande. Resto normal. Referido al HRAEB donde por imagen demuestra lesión en pulmón derecho de 3.1 x 1.3 cm así como hiperintensidad de la totalidad del pene de 45 x 36 x 35 mm con pérdida de la interfase con túnica albugínea, cuerpos caverno-

sos y esponjoso conservados. Se decide resección. **hallazgos:** los cortes del tumor corresponden a patrón fusocelular homogéneo con áreas inflamatorias crónicas, uno de los campos de la profundidad de la lesión presenta patrón seudonodular mas compacto con células fusiformes de atipia leve formando haces entrecruzados, son células de núcleos centrales y actividad mitótica de hasta 3-4/10HPF. Expresan Desmina y son negativos a ALK-1, AML. Los ganglios pélvicos son negativos así como el nódulo pulmonar el cual es fibroso. **Discusión:** el SM-BG corresponde a una entidad poco frecuente en población pediátrica. Siendo en pene una localización no descrita. El comportamiento es de recurrencia y algunos casos llegan a producir metástasis. Es importante su conocimiento para un mejor diagnóstico.

Papilomas uroteliales invertidos de vejiga con componente papilar. Un nuevo aspecto morfológico de la entidad

Jorge Albores Saavedra, Fredy Chablé Montero, Oscar Xavier Hernández Rodríguez, Daniel Montante Montes de Oca
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: los papilomas uroteliales invertidos (PUI) de la vejiga son tumores benignos poco frecuentes (2.2%) con un patrón de crecimiento endofítico, localizados principalmente en el trigono. Usualmente solitarios y se ha descrito la presentación multicéntrica. Se describen dos casos de PUI con áreas de patrón de crecimiento papilar; actualmente no descritas como un nuevo aspecto morfológico de la entidad. **Casos clínicos:** **Caso 1.** Hombre de 43 años con disuria y hematuria. Por cistoscopia se encontró un tumor de 2.5 cm. en pared lateral de vejiga. **Caso 2.** Mujer de 13 años con hematuria. La cistoscopia mostró un tumor de 1 cm en el trigono vesical. Ambos tumores mostraron características histológicas típicas de PUI; que alternaban con un componente papilar,

de tallos fibrovasculares revestidos por células transicionales sin atipia arquitectural y citológica, con una capa continua superficial de células en "sombrija". El componente papilar representó el 20% del tejido tumoral analizado en cada caso. Ambos casos fueron diagnosticados inicialmente como carcinoma urotelial papilar de bajo grado con patrón invertido (CUPBGPI). **Comentario:** los criterios ya establecidos y recientes de PUI no proporcionan aspectos morfológicos consistentes para diferenciar entre PUI y CPCT con patrón invertido. Algunos autores han descrito el grado de atipia celular y la ausencia de componente papilar como apoyo morfológico para el diagnóstico diferencial con CUPBGPI; sin embargo, describimos el componente papilar de apariencia benigna como un nuevo aspecto morfológico de PUI que creemos es de utilidad para el diagnóstico diferencial con CPCT de bajo grado con patrón invertido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Witjes JA, Van Balken MR, Van de Kaa CA. The prognostic value of a primary inverted papilloma of the urinary tract. *J Urology*. 1997; 158: 1500-15.
2. Henderson, D.W., Allen, P.W. and Bourne, A.J: Inverted urinary papilloma: report of five cases and review of the literature. *Virchows Arch. A. Path. Anat. Hist.*, 1975; 366: 177.
3. Broussard J., MD, Hoon Tan P., MD, and Epstein J., MD. Atypia in inverted urothelial papillomas: Pathology and prognostic significance. *Human Path* 2004; 35 (12): 1499-1504

UTERINOS

Adenomioma quístico uterino presentación inusual de un caso en mujer de 32 años

Edith Jaqueline Fajardo Amaro, Concepción Juana Jiménez López, Evelin Cortes Gutiérrez, Gloria Villatoro Velásquez, Nelly Cruz Viruel
Hospital Juárez de México.

Introducción: el adenomioma uterino es una rara entidad que afecta a mujeres premenopáusicas, 10% de las pacientes tienen antecedente de ingesta de estrógenos y aproximadamente 3% de los pacientes tienen síndrome de Turner. Frecuentemente son tumores solitarios y miden menos de 2 cm (rango 1-9 cm). Se reporta un adenomioma quístico uterino de 30 cm de diámetro mayor. **Caso clínico:** mujer de 32 años, con ciclos menstruales irregulares y dismenorrea crónica. Presento aumento de volumen abdominal progresivo (9 meses de evolución); 3 meses antes de su ingreso se agrega sangrado uterino anormal. AGO: G0, IVSA 14 años, PS: 12, MPF: ninguno. Diagnóstico clínico y radiológico: Mola hidatidiforme vs Neoplasia endometrial maligna vs cáncer cervicouterino. Se realiza histerectomía con salpingooforectomía derecha, recibiendo la pieza quirúrgica para estudio transoperatorio Adenomioma quístico uterino (eje mayor de 30 cm). **Conclusiones:** se presenta el caso por sus características macroscópicas y microscópicas inusuales y la dificultad diagnóstica clínica que representó.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Selected Case From the Arkadi M. Rywlin International Pathology Slide Seminar: Atypical Polypoid Adenomyoma.** *Adv Anatom Pathol* 2002.
2. **Adenomyomas Uterine Excluding Atypical Polypoid Adenomyomas and Adenomyomas of Endocervical type: A Clinicopathologic Study of 30 Cases of an Underemphasized Lesion That May Cause Diagnostic Problems with Brief Consideration of Adenomyomas of Other Female Genital Tract Sites.** *Iny J Gynecol Pathol* 2000.

Carcinoma seroso papilar de salpínges sincrónico con carcinoma verrucoso de cérvix asociado a VPH 11: reporte de un caso

Williams Jácquez Ángela D, Pérez-Montiel Gómez Ma. Delia. David Cantú

de León, José Chanona Vilchis, Rocío Méndez

Instituto Nacional de Cancerología.

Introducción: los tumores sincrónicos en el tracto genital femenino son raros siendo la presentación más común la combinación de carcinoma de endometrio y ovario. Otras neoplasias malignas con presentación sincrónica son los carcinomas de cérvix, vagina y vulva en los que el virus del papiloma humano juega un papel importante en la carcinogénesis. La presentación sincrónica de carcinoma de cérvix de tipo verrucoso y de carcinoma de salpínges es una asociación no descrita hasta el momento. Se presenta el caso de una paciente con un tumor sincrónico de salpínges y un carcinoma de cérvix de tipo verrucoso. **Caso clínico:** mujer de 84 años de edad enviada al Instituto Nacional de Cancerología por hemorragia genital anormal post-menopáusica. Se realizó ultrasonido pélvico el cual reporta engrosamiento endometrial de 10 mm por lo que se decide realizar laparotomía exploradora e histerectomía total más salpingooforectomía bilateral con obtención de tejido fresco del tumor cervical para estudios de biología molecular en estudio transoperatorio. En el examen macroscópico se identificó una neoplasia de 2 cm en el canal endocervical que infiltraba la pared cervical y se extendía hasta el segmento inferior, el endometrio no mostró alteraciones. En la salpínges derecha se identificó dilatación importante y al corte una neoplasia de aspecto exofítico de 1.5 cm de diámetro localizada en el tercio externo, ambos ovarios y la salpínges contralateral sin alteraciones. En el estudio histopatológico la neoplasia cervical mostró un carcinoma bien diferenciado de bordes empujantes que correspondió a un carcinoma de tipo verrucoso. La neoplasia de la salpínges estaba formada por papilas revestidas por células con alto grado nuclear e infiltración a la pared tubárica. Se realizaron estudios

de biología molecular en la neoplasia cervical que resultó positivo para virus de papiloma humano (VPH) tipo 11.

Discusión: la asociación de carcinoma de cérvix verrucoso con algún tipo de VPH en particular no está establecida por la rareza de este tipo de carcinomas. Llama la atención haber encontrado en nuestro tumor el tipo 11 ya que este se considera un virus de bajo riesgo. En conclusión describimos una presentación rara de dos neoplasias poco frecuentes en el tracto genital femenino y la asociación del carcinoma cervical con VPH tipo 11.

BIBLIOGRAFÍA

1. M.F. Benoit. A 10 year review of primary fallopian tube cancer at a community hospital: a high association of synchronous and metachronous cancers. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16:29-35.
2. Chen DC. Verrucous carcinoma of the uterine cervix. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*. 2006;63(10):765-9.
3. Pamela T. Solian et al. Synchronous primary cancers of endometrium and ovary: a single institution review of 84 cases. *Gynecologic Oncology*. 2004;94:456-462.

Cistadenocarcinoma seromucinoso de ovario: presentación de un caso

Ana Graciela Puebla Mora, Ana María Cano Valdez, Ma. Lourdes Sánchez Martínez, Carlos Torres Arriaga

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, Dr. Juan I. Menchaca.

Introducción: los tumores malignos de ovario constituyen el 30% de los tumores del tracto genital femenino. Los tumores del epitelio de superficie son el grupo más frecuente, de los cuales, los serosos son el tipo histológico predominante, seguidos de los mucinosos. Estos últimos pueden presentarse, según sus características histológicas como: tipo intestinal o tipo endocervical (seromucinosos).

Caso clínico: femenina de 48 años, en-

fermera, inició con dolor abdominal en hipogastrio de mes y medio de evolución. Se realizó ultrasonido el cual reportó tumor anecoico de bordes regulares y bien definidos con pared delgada. Se valoró por el servicio de Ginecología y se programó para cirugía. Se recibió para estudio histológico tumor anexial izquierdo de 8.5 x 6 cm congestivo, la serosa era de color violáceo, con ruptura de la cápsula de forma focal y nódulos neoplásicos en la superficie. Al corte, se identificaron 3 nódulos exofíticos blanco grisáceos que rebasaban la superficie de la cápsula, con áreas necróticas y hemorrágicas. La cavidad era multilocular y contenía material mucinoso. En los cortes histológicos se observó proliferación del revestimiento epitelial, patrón de papilas complejas altas revestidas por células columnares con mucina en el citoplasma, algunas basófilas y otras con metaplasia escamosa. Los núcleos eran redondos e hiper cromáticos. Se observaron frecuentes mitosis atípicas y áreas de necrosis.

Conclusiones: el tumor seromucinoso (llamado también tipo mülleriano) se presenta en pacientes de 40 años, más del 50% pueden ser bilaterales. Estos tumores contienen una mezcla de células mucinosas tipo endocervical y células serosas: el epitelio es columnar alto con citoplasma basófilo o pálido y mucinoso, núcleo basal redondo u oval. El grado de atipia nuclear es variable con figuras mitóticas poco frecuentes. El patrón de invasión es confluyente. Las reacciones de inmunohistoquímica para citoqueratina y antígeno de membrana epitelial ayudan a identificar nidos de microinvación en el estroma. La Vimentina y los receptores de estrógenos y progesterona suelen ser positivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tumours of the breast and female genital organs (OMS).
2. Surgical Pathology and Cytopathology. Silverberg Vol. 2 Fourth Edition.

3. Rosai and Ackerman Surgical Pathology. Vol. 2 Ninth Edition.

Infiltración de linfoma linfoblástico en adenomioma uterino en mujer de 49 años. reporte de caso

Abigail Pimentel Carranza, Guillermina Lara Cuervo, Iván Ramírez de la Rosa, Evelyn Cortes Gutiérrez, Gloria Villatoro Velázquez.

Hospital Juárez de México.

Introducción: el linfoma linfoblástico se presenta frecuentemente en mediastino. En 80-85% de los casos muestran inmunofenotipo T. Su diseminación generalmente es a tejidos vecinos y ganglios linfáticos regionales. Se ha reportado infiltración a otros órganos como vejiga y testículo, en tracto genital femenino es extraordinario. Se reporta infiltración de linfoma linfoblástico en adenomioma uterino, ya que no hay reportes previos en la bibliografía.

Caso clínico: mujer de 49 años de edad, diabética e hipertensa de 5 años de evolución sin tratamiento, 2 meses de sangrado uterino anormal, se realiza histerectomía, aspirado y biopsia de médula ósea. Sangre periférica: leucocitos 790 mil, Hb 8.9, Hto 25.5%, Plaquetas 156 mil. Aspirado de Médula Ósea: Incremento mayor a 30% de células inmaduras de aspecto linfoide; probable Leucemia Aguda. El útero con adenomioma de 11 cm de eje mayor, infiltrado por células monótonas linfoides de aspecto blástico. La inmunohistoquímica: CD10 (+), TdT (+), CD43 (+), CD20 (-). Se diagnostica adenomioma uterino con infiltración por linfoma linfoblástico. La médula ósea mostró infiltración. **Conclusiones:** los linfomas primarios uterinos son raros, pero aún más la infiltración secundaria de linfoma linfoblástico en adenomioma uterino. Se comentará la revisión de la bibliografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Infiltración vesical por linfoma linfoblástico. Actas Urología Española, mayo 2008.

2. Melanoma cutáneo metastásico a adenomioma uterino. Int J Surg Pathol. 2005.

Linfoma anaplásico de útero: presentación de un caso

Ana María Cano Valdez,* Ana Graciela Puebla Mora,** Minerva Rangel Díaz**

* Instituto Nacional de Cancerología, México.

** UMAE Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

Introducción: los linfomas uterinos primarios son raros. Por lo general, se presentan como extensión de enfermedad sistémica, sin síntomas específicos en el órgano o bien con sangrado transvaginal. Rara vez son el sitio de presentación de la enfermedad y por lo general, son linfomas de células grandes tipo B. Presentamos un caso como sitio primario extraganglionar.

Caso clínico: paciente femenino de 28 años, sin antecedentes de importancia. Inició con sangrado transvaginal repentino, asociado a esfuerzo físico, el cual disminuyó paulatinamente. Acude a consulta y en el estudio colposcópico encuentran patrón vascular incrementado en cérvix. Se solicitaron estudios de imagen en los que se identificó agrandamiento uterino, con lesión en cuerpo posterior, de aspecto quístico. Se sospechó sarcoma uterino. Se realizó como biopsia como diagnóstico. A patología se enviaron varios fragmentos de tejido que en conjunto midieron 6x6 cm, de color blanco rosado, de consistencia blanda. La imagen histológica mostró infiltración en el estroma cervical por células redondas a ovoides, de citoplasma claro, con núcleos grandes, irregulares, mitosis atípicas; invaden en lenguas sólidas el estroma, con predominio perivascular. El estudio de inmunohistoquímica resultó positivo para antígeno leucocitario común, CD20, CD30, vimentina y negativo para ALK-1, CD3, CD10, CD34, HMB45, actina de músculo liso, antígeno de membrana

epitelial. Con estos resultados se hizo el diagnóstico de linfoma anaplásico y se excluyeron otras posibilidades diagnósticas. Se realizaron estudios de extensión y no hay evidencia de enfermedad en otro sitio. **Discusión:** la apariencia histológica del linfoma anaplásico uterino es similar la observa en otros sitios: células grandes pleomórficas, citoplasma claro, basófilo o eosinófilo, con núcleo redondo, cromatina nuclear finamente dispersa, nucleolo basófilo y estroma esclerosante, se dispone concéntricamente alrededor de los vasos y es característicamente notable su positividad a CD30. Los diagnósticos diferenciales incluyen: carcinoma de células claras, pecoma y neoplasias asociadas a proliferación vascular. El estudio morfológico, inmunohistoquímico y los datos clínicos son importante apoyo diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Renno SI, Moreland WS, Pettenati MJ, Beaty Mw, Keung YK (2002). Primary malignant lymphoma of the uterine corpus: case report and review of the literature. *Ann Hematol* 81: 44-47.
2. Vang R, Medeiros LJ, Ha CS, Deavers M (2000). Non Hodgkin's lymphomas involving the uterus: a clinicopathologic analysis of 26 cases. *Mod Pathol* 13:19-28.
3. Aozasa K, Saeki K, Ohsawa M, Horiuchi K, Mishima K, Tsujimoto M (1993) Malignant lymphoma of the uterus. Report of seven cases with immunohistochemical study. *Cancer* 72: 1959-1964.
4. Ferry JA, Young RH (1991). Malignant lymphoma, pseudolymphoma, and hematopoietic disorders of the female genital tract. *Pathol Annu* 26 Pt 1:227-263.

VARIOS

Adenocarcinoma pulmonar. Una serie de 30 casos

Aldo A. Alcaraz Wong, Teresita Plascencia Ortiz, Celestina Menchaca, Noemi Sánchez Grajeda

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

Introducción: el cáncer pulmonar es la neoplasia maligna mas frecuente con aproximadamente el 12.6% de las neoplasias malignas de novo, y cerca del 18% de las muertes por cáncer. Durante el año 2000 se calculo una incidencia de 1.2 millones de casos nuevos. el adenocarcinoma pulmonar es un tumor malignos formador de glándulas el cual puede tener múltiples patrones morfológicos, tiene un predominio por mujeres y esta íntimamente relacionado al tabaquismo.

Objetivo: identificar las características clinicopatológicas de 30 casos de adenocarcinoma pulmonar de Centro Médico Nacional de Occidente.

Material y métodos: en el departamento de anatomía patológica del hospital de especialidades de Centro Médico Nacional de Occidente se revisaron los archivos entre el periodo del 2005 al 2008, en búsqueda de casos de adenocarcinoma pulmonar. Se realizaron tinciones de rutina (h&e), además de, histoquímica e inmunohistoquímica en los casos necesarios. se revisaron los expedientes clínicos. **Resultados:** nuestra revisión consta de 30 casos encontrados con el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón, de estos 22 (73%) casos correspondían a adenocarcinomas primarios de pulmón y los restantes 8 (27%) a adenocarcinomas metastáticos de otros órganos. El 70% de todos los casos tenían tabaquismo como antecedente, y sólo el 13% sin factores de riesgo conocidos. encontramos un predominio por el sexo masculino (56%), con un rango de edad de los 35 a los 85 años y una media de 63 años. El 47% de los casos fueron del lado derecho, 20% izquierdos, 13% bilaterales y 20% no fue posible encontrar la localización. Por otra parte encontramos que el 80% de los tumores pobremente diferenciados, el 67% de los moderadamente diferenciados y el 50% de los bien diferenciados se encontraban asociados a tabaquismo. De los tumores

primarios de pulmón 10 de los 22 casos presentaron metástasis, el 50% a hueso y el 30% a sistema nervioso central. **Conclusiones:** el cáncer pulmonar es la causa mas frecuente de muerte entre las neoplasias malignas, y su asociación con el tabaquismo ha sido probada por muchos autores, nosotros encontramos una mayor asociación a tabaquismo en relación al grado de diferenciación siendo mayor en los pobremente diferenciados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Attanoos RL, et al. Pseudomesotheliomatous carcinomas of the lung a 10 year analysis, *histopathology* 2003;43:444-452.

Carcinoma de células pequeñas neuroendocrino del seno maxilar

Arce Grijalva, María Verónica, Cano Valdez Ana María, Rojas B., Ofelia G., Palacios, Reyna Victoria

Hospital Escuela Dr. Oscar D. Rosales A.

Introducción: el Carcinoma de células pequeñas neuroendocrino del seno maxilar es poco frecuente y sus características citopatológicas están limitadas al reporte de casos. Los diagnósticos diferenciales de una neoplasia de células pequeñas en esta región anatómica incluyen: Carcinoma Adenoide Quístico, Carcinoma de células pequeñas neuroendocrino, estesi-neuroblastoma, etc. **Caso clínico:** mujer de 23 años, con edema facial derecho de un año de evolución. Movilidad de piezas molares superiores derechas, obstrucción nasal y abultamiento del paladar duro ipsilateral de un mes de evolución. La TAC mostró, masa de tejidos blandos con invasión de las paredes superior, anterior, medial e inferior del seno maxilar derecho. En los extendidos citológicos y bloques celulares de la BAAD del seno maxilar derecho, observamos: un fondo hemático, grupos celulares con superposición nuclear, láminas, algunas con patrón pseudocribiforme de células pequeñas

s redondas, núcleos hipercromáticos con moldeamiento y restos celulares, citoplasma escaso, material eosinófilo denso rodeando grupos o entremezclado. Se reportó como Neoplasia maligna de células redondas pequeñas, a descartar: Carcinoma Adenoide quístico, Carcinoma de células pequeñas neuroendocrino y Sarcoma de Ewing. La inmunohistoquímica, mostró positividad citoplasmática intensa para Citoqueratina AE1/AE3 y nuclear intensa para Cromogranina A, negativas para Desmina, miogenina, CD 99, CD 45 Ro, TdT, CD 3, CD 20, CD 43 y mieloperoxidasa. Estos hallazgos apoyan el diagnóstico de Carcinoma de Células pequeñas neuroendocrino del seno maxilar. **Discusión:** la biopsia por aspiración con aguja delgada constituye un método diagnóstico alternativo que acoplado con el inmunofenotipo tienen una excelente precisión diagnóstica.

Tumores del sistema nervioso: concordancia cito-histopatológica y contribución de la inmunotipificación en el Hospital Juárez de México (2006-2007)

Mauricio David Méndez Arellano, Teresa C. Cuesta Mejías, Evelyn Cortés Gutiérrez, Guadalupe Juárez, Jaime Alfonso, Guillermina Lara, Carlos Martínez, Julieta García, Iván de la rosa, Concepción Jiménez, Abigail Pimentel
Hospital Juárez de México

Introducción: la aplicación del método citológico al estudio del sistema nervioso central se remonta al año de 1927, cuando fue descrito por Dudgeon y Patric, y utilizado en diagnóstico intraoperatorio por Eisenhart y Cushing. Con el desarrollo de nuevas técnicas de imagen y lo pequeño de las biopsias, el método citológico ha pasado a ser muchas veces el único recurso del que dispone el patólogo en biopsias del sistema nervioso. **Objetivo:** conocer la exactitud diagnóstica del método citológico aplicado a la consulta intraoperatoria de lesiones del

sistema nervioso en nuestro medio y valorar la utilidad de la inmunotipificación en el diagnóstico definitivo. **Material y métodos:** se realizó un estudio original, no experimental, retrospectivo y transversal, de un total de 176 biopsias neuroquirúrgicas diagnosticadas entre enero del 2006 y diciembre del 2007. Fueron incluidos los casos con estudio citológico, histopatológico e inmunomarcación hasta alcanzar un número de 30 casos. **Resultados:** un total de 16 neoplasias ocurrieron en hombres (54%) y 14 en mujeres (46%). El 60% de los tumores tuvieron localización supratentorial seguidos por los originados en fosa posterior con 20%. El problema diagnóstico más frecuente en nuestra casuística resultó la subtipificación de los gliomas. La inmunomarcación contribuyó principalmente a la confirmación de la estirpe. Conclusiones: en el Hospital Juárez de México la interpretación citológica de lesiones del sistema nervioso alcanza la máxima sensibilidad y eficacia. Las características citológicas de mayor utilidad intraoperatorias fueron la fibrillaridad del fondo, el arreglo celular y los detalles nucleares propios para cada subtipo histológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Timperley BH: Central nervous system: diagnostic cytopathology, Churchill Livingstone 1995:901-930.

Carcinoide gástrico tipo II asociado con neoplasia endocrina múltiple tipo-1

Arispe Angulo Karen, Ángeles Ángeles Arturo, Reyes Edgardo.

Departamento de Patología Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: los carcinoides gástricos (CaG) constituyen 8.7% de todos los carcinoides gastrointestinales y < 2% de las neoplasias gástricas.^{1,2} Los CaG se clasifican en: Tipo I: asociado con gastritis crónica atrófica; Tipo II: asociado

con síndrome de Zollinger-Ellison (SZE) y neoplasia endocrina múltiple-1 (NEM) y Tipo III: esporádico no asociado con hipergastrinemia.¹ **Caso clínico:** hombre de 33 años con úlcera péptica perforada y gastrectomía parcial en 1994. Continuó con dolor urente epigástrico, pirosis, náuseas y melena que se tornó diaria en 06/08 con pérdida de 5 kg/3 meses. Al ingreso cursaba con anemia microcítica hipocrómica, hipopotasemia, niveles de hormona paratiroidea y gastrina anormales. TAC: adenoma en paratiroides inferior izquierda, tumor endobronquial en lóbulo inferior del pulmón derecho, lesión sólida en proceso uncinado, lesión quística en cola del páncreas así como dos lesiones hepáticas. Endoscopia: hiperplasia difusa de mucosa gástrica con úlceras sangrantes. Se realizó paratiroidectomía, biopsia endobronquial, lobectomía de pulmón y gastrectomía total. Alta hospitalaria con diagnósticos de: NEM-I con adenoma hipofisiario secretor de HC y prolactina e hiperplasia paratiroidea. Tumor carcinoide atípico bronquial (gastrina+) y CaG multicéntrico y difuso con gastropatía hiperplásica. **Comentario:** las entidades con hipergastrinemia como SZE y MEN-1 desarrollan CaG. Así 21 -70% de los pacientes con MEN-1 desarrolla CaG tipo II.³ mientras que en SZE sin MEN-1 este tumor ocurre en 0%-2%.⁽⁴⁾ Los casos reportados de CaG tipo II, generalmente son multicéntricos y < 2 cm. Se enfatizan las características macroscópicas del CaG tipo II con gastropatía hiperplásica extensa.

REFERENCIAS

1. Mulkeen A, Cha C. Gastric carcinoid. Curr Opin Oncol 2004;17:1-6.
2. Modlina MI, Lyea DK, Kidd M. Carcinoid tumors of the stomach. Surg Oncol 2003; 12:153-72.
3. Berna M. *et al.* A Prospective Study of Gastric Carcinoids and Enterochromaffin-Like Cell Changes in MEN Type 1 and ZES: Identification of Risk Factors. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93(5):1582-91

Carcinoma adenoideo quístico de mama: reporte de un caso diagnosticado por aspiración con aguja delgada

Maribel Macías López, Rita Sotelo Regil H, Margarita Ibarra, Lorena Flores Instituto Nacional de Cancerología.

Introducción: el carcinoma adenoideo quístico de mama es raro, corresponde al 1% de todas las neoplasias malignas de la mama. Hay pocos casos publicados de este tipo de carcinoma diagnosticado primariamente por aspiración con aguja delgada. **Caso clínico:** se presenta el caso de una mujer de 40 años de edad, premenopáusica, que se autodetectó un nódulo asintomático en la mama derecha, de rápido crecimiento. Se realiza Biopsia por aspiración con aguja delgada en dos sitios diferentes y se reporta "Carcinoma adenoideo quístico". Posteriormente se hace una biopsia por trucut, que confirmó el diagnóstico. Citológicamente se examinaron frotis teñidos con Diff-Quik y Papanicolaou, los cuales mostraron células tumorales aisladas y en nidos, de tamaño variable, con sobreposición, dispuestas alrededor de espacios centrales homogéneos, en arreglo tipo cribiforme, los que eran ocupados por material extracelular en forma de glóbulos, basófilos y vistos principalmente con Diff-Quik. Las células muestran escaso citoplasma, núcleo relativamente uniforme, con cromatina finamente granular y distribuida de manera regular, con un pequeño nucléolo visible. No se identificó otro tipo de población celular. **Discusión:** los criterios citológicos más importantes descritos son: frotis muy celulares, presencia de material de membrana basal hialino, homogéneo, formando glóbulos esféricos de tamaño variable, que se tiñen de forma metacromática, las células son pequeñas, monótonas, uniformes, con citoplasma escaso, núcleos de cromatina granular, fina y nucléolos poco evidentes, con ausencia de atipia marcada, siendo las esferas hialinas necesarias para el diagnóstico, más no

suficientes. Nuestro caso presenta estas características citológicas descritas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Szalay Ildiko, Diebold Sophie, Schafer Peter. Adenoid Cystic Carcinoma of the Breast: Utility of Immunocytochemical study with collagen IV on fine-needle aspiration Diagn Cytopathol 1997;16: 442-5.
2. Stanley Michael, Tani Edneia. Adenoid Cystic carcinoma of the Breast: Diagnosis by fine-needle aspiration. Diagn Cytopathol 1993;9:184-7.
3. Saqi Anjali, Mercado Cecilia. Adenoid Cystic carcinoma of the Breast Diagnosed by fine-needle aspiration. Diagn Cytopathol, 2004;30:271-4.
4. Arpino Grazia; Clark Gary. Adenoid Cystic Carcinoma of the Breast. Cancer 2002;94:2119-27.

Miocarditis de células gigantes

Edgardo Torres Gómez, Karla Quintero Meza, Cuauhtémoc Oros Ovalle, Jesús González Guzmán, Lidia Montes Rivera Hospital General Dr. Ignacio Morones Prieto.

Caso clínico: hombre 30 de años, tabaquismo ocasional, el cual inició con edema blanco y blando ascendente, dolor abdominal ardoroso en epi y mesogastrio, secundariamente generalizado; tos con expectoración blanquecina posteriormente estrías sanguinolentas, disnea de mínimos esfuerzos rápidamente progresiva hasta ortopnea y anasarca; a la auscultación con ritmo de galope, estertores bibasales, matidez a percusión, ruidos respiratorios disminuidos. Abdomen con resistencia muscular. Edema, godette +++, Episodios de taquicardia supraventricular. Gasto cardíaco 2.8 Fick, índice cardíaco 1.6. padecimiento rápidamente progresivo hasta su muerte. **Informe de autopsia:** diagnóstico de miocarditis de células gigantes. El caso que se describe corresponde a un hombre de 30 años, que mostró un cuadro clínico de insuficiencia cardíaca global, taquicardia supraventricular, choque cardiogénico crónico agudizado. Hidrotórax

bilateral (3.5 L) Derrame pericárdico (300 ml). El corazón muestra hipertrofia miocárdica con dilatación global, extensas zonas confluentes de necrosis con reblandecimiento del miocardio, presencia de trombosis intracavitaria en ventrículo izquierdo. Congestión pulmonar pasiva crónica y edema intraalveolar. El estudio histológico muestra múltiples focos de necrosis miocárdica, infiltrado linfocitario e histiocitario con abundantes células gigantes multinucleadas y eosinófilos, sin formar granulomas. Las tinciones de Giemsa, ZN, Reacción de PAS, Grocott, negativas para microorganismos. NO hay alteraciones por enfermedad de depósitos o alteraciones vasculares intracardíacas.

Discusión: la Miocarditis de Células Gigantes (MCG) es una cardiomiopatía poco frecuente, de posible causa inmunológica, con evolución fatal por fallo cardíaco congestivo. El diagnóstico definitivo es histopatológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cooper LT, Berry GJ, Shabetai R, for the Multicentre Giant Cell Myocarditis Study Group Investigators. Idiopathic giant cell myocarditis. Natural history and treatment. N Engl J Med 1997;336:1860-6.
2. Ruiz J, Yebra M, Sanchez-Vegazo I, Ramos MP, Lacoma F, Gea JC. Miocarditis de células gigantes: ¿una enfermedad sistémica? A propósito de un caso. Med Clin (Barc) 1993;101:459-61.

Adenocarcinoma tipo coloide de pulmón. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía

Karla Quintero Meza, Cuauhtémoc Oros Ovalle Edgardo Torres Gómez, Jesús González Guzmán Lidia Montes Rivera Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Caso clínico: femenino de 49 años, con antecedente de cáncer cervicouterino hace 10 años, tratada con radioterapia, tabaquismo positivo por 2 años, suspendiéndolo hace 20 años. Padecimiento

actual inició con pérdida ponderal de 10 kg en 7 meses, tos no productiva y disnea de mínimos esfuerzos. En la RX de tórax se observa consolidación pulmonar en lóbulo medio derecho, con sospecha de proceso neumónico infeccioso, TAC de tórax con masa en lóbulo medio pulmonar, espirometría normal, Se programa para lobectomía y se envía para estudio patológico. Se presenta un caso de Adenocarcinoma tipo coloide primario pulmonar. Macroscópicamente es un fragmento pulmonar de 4.5 x 2 x 2 cm, con extensas áreas blanco amarillentas y calcificadas en una matriz mucóide. Histológicamente se identificó una neoplasia epitelial mucoprodutora de elementos cúbicos a columnares en lagos de mucina azul Alciano y reacción de PAS positivas. Existen extensas zonas de calcificación con septos fibrosos y no se existen otros componentes neoplásicos. Se descartó primario extra pulmonar. **Discusión:** se trata de paciente con adenocarcinoma coloide pulmonar, sin sitio primario extra pulmonar. El adenocarcinoma coloide es una entidad rara, representa una variante bien diferenciada de un carcinoma mucinoso difícil de distinguir de una metástasis, puede presentarse como carcinoma tipo coloide o células en anillo de sello con calcificaciones tipo psammoma, se acompaña de fibrosis e inflamación, que ayudan a diferenciarlo de una metástasis, representa un patrón histológico poco frecuente en la bibliografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hanvood TR, Gracey DR, Yokoo H. Pseudomesotheliomatous carcinoma of the lung: A variant of peripheral lung cancer. Am J Clin Pathol 1976; 65:159-167.
2. Am J Surg Pathol • Volume 28, Number 4, April 2004 Mucinous Carcinoma of Lung.

Angiosarcoma hepático originado en hemangiomatosis difusa

Moran Portela David de Jesús, Gonzáles Jordán José Luis, Lino Silva Leonardo

Saúl, Caro Sánchez Claudia Haydee Sarai, Gamboa Domínguez Armando
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: la hemangiomatosis difusa (HD) es una entidad rara, que se presenta principalmente en la niñez y adolescencia. Se considera una malformación congénita y se caracteriza por proliferación difusa de vasos sanguíneos que afecta múltiples órganos.

Caso clínico: mujer de 54 años, inició su padecimiento ocho meses previos con aumento de volumen abdominal, la TAC documentó lesiones hepáticas y esplénicas. Se realizó esplenectomía donde se identificó hemangiomatosis difusa y biopsia hepática que presentó peliosis. Durante el seguimiento, se encontró tumor hepático, quístico. Se realizó hepatectomía izquierda donde se identificó angiosarcoma de alto grado asociado a áreas de hemangiomatosis. En el postoperatorio la paciente presentó choque hipovolémico, que no respondió a múltiples transfusiones. La paciente falleció, y en la autopsia se confirmó la presencia de angiosarcoma hepático de alto grado originado en hemangiomatosis difusa que además afectaba diafragma, peritoneo y ganglios linfáticos. **Discusión:** la HD se considera una entidad sin potencial maligno sin embargo, Tsukagoshi describió el caso de un hombre con HD y cambios sarcomatoides focales en bazo, aunque no pudo concluir que se tratara de transformación maligna. Lezama-del Valle en su serie de neoplasias vasculares identificó un caso de angiosarcoma hepatoesplénico en una adolescente con HD. Nosotros presentamos el caso de autopsia de un adulto con angiosarcoma hepático originado en HD que al igual que en los casos anteriores, afectaba principalmente el hígado y el bazo. En conclusión, la hemangiomatosis difusa es una entidad rara, aún no bien definida, que puede tener un bajo potencial de transformación maligna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tsukagoshi H, Iwasaki Y, Sato T, et al. An autopsy case of systemic hemangiomatosis with honeycomb-like liver and focal splenic sarcomatoid changes. *Intern Med.* 1998;37(10): 847-52.
2. Murphey MD, Fairbairn KJ, Parman LM, et al. From the archives of the AFIP. Musculoskeletal angiomatous lesions: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 1995 Jul;15(4):893-917.
3. Lezama-del Valle P, Gerald WL, Tsai J, Meyers P, La Quaglia MP. Malignant vascular tumors in young patients. *Cancer.* 1998 Oct 15;83(8):1634-9.

Carcinoma seroso papilar de salpínges sincrónico con carcinoma verrucoso de cérvix asociado a VPH 11: reporte de un caso

Williams Jácquez Ángela D, Pérez-Montiel Gómez Ma. Delia, David Cantú de León, José Chanona Vilchis, Rocío Méndez

Instituto Nacional de Cancerología.

Introducción: los tumores sincrónicos en el tracto genital femenino son raros siendo la presentación más común la combinación de carcinoma de endometrio y ovario. Otras neoplasias malignas con presentación sincrónica son los carcinomas de cérvix, vagina y vulva en los que el virus del papiloma humano juega un papel importante en la carcinogénesis. La presentación sincrónica de carcinoma de cérvix de tipo verrucoso y de carcinoma de salpínges es una asociación no descrita hasta el momento. Se presenta el caso de una paciente con un tumor sincrónico de salpínges y un carcinoma de cérvix de tipo verrucoso. **Caso clínico:** mujer de 84 años de edad enviada al Instituto Nacional de Cancerología por hemorragia genital anormal post-menopáusica. Se realizó ultrasonido pélvico el cual reporta engrosamiento endometrial de 10 mm por lo que se decide realizar laparotomía exploradora e histerectomía total más salpingooforectomía bilateral con obtención

de tejido fresco del tumor cervical para estudios de biología molecular en estudio transoperatorio. En el examen macroscópico se identificó una neoplasia de 2 cm en el canal endocervical que infiltraba la pared cervical y se extendía hasta el segmento inferior, el endometrio no mostró alteraciones. En la salpínges derecha se identificó dilatación importante y al corte una neoplasia de aspecto exofítico de 1.5 cm de diámetro localizada en el tercio externo, ambos ovarios y la salpínges contralateral sin alteraciones. En el estudio histopatológico la neoplasia cervical mostró un carcinoma bien diferenciado de bordes empujantes que correspondió a un carcinoma de tipo verrucoso. La neoplasia de la salpínges estaba formada por papilas revestidas por células con alto grado nuclear e infiltración a la pared tubárica. Se realizaron estudios de biología molecular en la neoplasia cervical que resultó positivo para virus de papiloma humano (VPH) tipo 11. **Conclusiones:** la asociación de carcinoma de cérvix verrucoso con algún tipo de VPH en particular no está establecida por la rareza de este tipo de carcinomas. Llama la atención haber encontrado en nuestro tumor el tipo 11 ya que este se considera un virus de bajo riesgo. En conclusión describimos una presentación rara de dos neoplasias poco frecuentes en el tracto genital femenino y la asociación del carcinoma cervical con VPH tipo 11.

BIBLIOGRAFÍA

1. M.F. Benoit. A 10 year review of primary fallopian tube cancer at a community hospital: a high association of synchronous and metachronous cancers. *Int J Gynecol Cancer.* 2006; 16: 29-35.
2. Chen DC. Verrucous carcinoma of the uterine cervix. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei).* 2006;63 10):765-9.
3. Pamela T. Solian, et al. Synchronous primary cancers of endometrium and ovary: a single institution review of 84 cases. *Gynecologic Oncology.* 2004; 94: 456-462.

Disfonía como única manifestación de cordoma de atlas

Jesús González Guzmán, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Reynaldo Falcón Escobedo, Cuauhtémoc Oros Ovalle. Lidia Montes Rivera, Joel Rodríguez Llerenas Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de SLP.

Caso clínico: masculino de 82 años; que inició padecimiento hace 8 años con cefalea occipital, sin tratamiento. 8 meses previos a su ingreso presenta disfonía, aumento de volumen en hemicuello izquierdo, dificultad respiratoria progresivos. **Exploración Física:** Cuello con aumento de volumen; indoloro; orofaringe con tumor a nivel de epiglotis de 6 cm de eje mayor. **TAC:** Tumor de 5.5 x 3.5 cm en sus ejes mayores; que destruye el arco anterior del atlas; apófisis odontoides; y afección de elementos laterales. Se extiende ventralmente con severa compresión de la vía aérea; involucro de rino e hipofaringe. Posterior al medio de contraste se aprecia reforzamiento parcial de la lesión y áreas de necrosis. No hay crecimientos ganglionares. Se realizó toma de biopsia. **Hallazgos histopatológicos:** neoplasia mesenquimatosas con patrón lobular; septos fibrosos, constituidas por células uniformes; de citoplasma vacuolado, eosinófilo, con núcleos pequeños, excéntricos; redondos u ovales, y cromatina densa; sobre un fondo intersticial mixoide. Reacciones de Inmunohistoquímica: Vimentina(+); S-100 (+); CKAE1/AE3, CK7(+). Diagnóstico: Cordoma. **Conclusiones:** los cordomas son tumores raros; originados de la notocorda, que surgen a lo largo del eje vertebral, con mayor frecuencia en sacro(50%); base de cráneo(35%) y columna vertebral (15%). Tienen una histopatología benigna, pero muestran una conducta clínica maligna al presentar un alto potencial invasivo; destructivo y metastásico. Frecuentemente se presentan con cefalea, disfonía, diplopía; depen-

diendo de su localización. Existen tres subtipos de cordoma: clásico, condroide y desdiferenciado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer.1973;32:410-20.
2. Australas Radiol-2007-Dec.51.Suppl: B183-8.
3. Laryngorhinootologie 2001: May;80(5):290-2.
4. Adv-Tech-Stand-Neurosurg-2008;33:35-129.

Tumor desmoplásico de células pequeñas: presentación de un caso

Ana Graciela Puebla Mora, Ana María Cano Valdez, Ma. Lourdes Sánchez Martínez, Víctor Manuel Maciel Gutiérrez, Manuel Centeno Flores, Mario Cárdenas Meza

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Introducción: el tumor desmoplásico de células pequeñas es una neoplasia de histiogénesis incierta con diferenciación divergente o polifenotípica. Tiene baja incidencia, pero es muy agresiva. Su patrón de crecimiento y diseminación es a través de las superficies serosas. De estas, afecta con mayor frecuencia a la cavidad abdominal. Otros lugares en que se ha descrito son: pleura, región paratesticular, fosa craneal posterior, tejidos blandos, hueso, ovario y glándula parótida. Se presenta el caso porque este tipo de lesiones es poco frecuente. **Caso clínico:** se trata de paciente del sexo masculino de 18 años, el cual inició con cuadro clínico de dolor abdominal, multitratado, sin mejoría. Se realizaron estudios de gabinete y tomografía en los que se identificó lesión tumoral diseminada en peritoneo. Se sometió a cirugía y se encontró tumor que involucraba superficie de intestino delgado, hígado, colon descendente, con múltiples implantes serosos. Se realizó biopsia incisional. El espécimen consistía en fragmentos nodulares, sólidos, blanco amarillentos y blandos. La imagen histo-

lógica mostró mantos sólidos de células pequeñas con escaso citoplasma, núcleos grandes y nucleolo poco aparente, con disposición perivascular focal. En el estroma se observó intensa reacción fibroblástica y necrosis focal. El estudio de inmunohistoquímica mostró reactividad para vimentina, queratina, desmina y CD99 en las células neoplásicas. **Discusión:** el tumor desmoplásico de células pequeñas se caracteriza histológicamente por nidos tumorales constituidos por células pequeñas con núcleos redondeados u ovales, hipercromáticos y con citoplasma escaso. El perfil inmunohistoquímico muestra positividad para marcadores epiteliales, neurales y mesenquimales. La inmunorreactividad para CD99 se utiliza como marcador ya que existe una translocación cromosómica específica t(11;22)(p13;q12) que afecta al gen del Sarcoma de Ewing en 22q24 y al gen WT1 del Tumor de Wilms en 11p13. El diagnóstico diferencial incluye los tumores de células pequeñas según la edad de presentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enzinger's Soft Tissue Tumors Fifth Edition.
2. Rosai and Ackerman Surgical Pathology Vol. 2 Ninth Edition.
3. Desmoplastic Small Round Cell Tumor. *Am Surg. Pathology* 2000;26(7):823-35.
4. Immunohistochemical Expression of WT1 by Desmoplastic Small Round Cell Tumours. *Am Surg Pathology* 2000;24(6):830-6.

Hamartoma pulmonar con transmutación placentaria asociada

Noemi Sánchez Grajeda, Aldo A. Alcaraz Wong, Teresita Plascencia Ortiz Centro Médico Nacional de Occidente IMSS

Introducción: el hamartoma pulmonar es considerado el tumor pulmonar benigno más común, el cual se originan de tejido mesenquimal primitivo. La mayoría de

los casos son del tipo fibrocondrolipomatoso, que consisten en cantidad variable de tejido adiposo, fibroso y condroide con variable cantidad de invaginaciones epiteliales. La transmigrificación placentaria una condición inusual descrita por primera vez en 1979, llamada así por su semejanza morfológica a vellosidades placentarias inmaduras. Se definen las características clínicas e histomorfológicas de un caso de hamartoma pulmonar con transmigrificación placentaria de los archivos del Centro Médico Nacional de Occidente. **Caso clínico:** se trata de paciente masculino de 76 años de edad, con antecedente de tabaquismo. Acude al servicio de atención médica continua con síndrome de vena cava superior, la tomografía reveló un tumor pulmonar derecho periférico de 2 cm de diámetro máximo, con densidad heterogénea. el paciente fue sometido a toracotomía y tumorectomía en julio del 2007 y se envía el espécimen a nuestro departamento. En el departamento de anatomía patológica recibimos un espécimen constituido por un tumor de 1.8 cm de diámetro de superficie lobulada, blanco grisáceo de aspecto mixoide y consistencia ahulada. Histológicamente el tumor consistía de abundante estroma mixoide- edematoso el cual contenía pequeños y escasos grupos de tejido adiposo maduro, vasos sanguíneos pequeños, infiltrado inflamatorio mononuclear disperso y células fusiformes sin atipia. Por otra parte se observaron invaginaciones del estroma con un recubrimiento epitelial de tipo cúbico. Adyacente a estas zonas se encontraron múltiples estructuras papilares semejantes a vellosidades placentarias con un estroma laxo, escasos vasos sanguíneos no prominente y un recubrimiento epitelial de tipo cúbico. **Conclusiones:** la transmigrificación placentaria se presenta en asociación con hamartomas pulmonares en el 16% de los casos, predominantemente en el tipo fibrocondrolipomatoso. el mecanismo por el cual se desarrolla este patrón aun

es desconocido a pesar de que existen varias hipótesis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xu R, et al. Placental transmigrification of the lung is histologic pattern frequently associated with pulmonary fibrochondromatous hamartomas. Arch Pathol Lab Med 2002;126:562.

Linfangioleiomiomatosis pulmonar. Reporte de caso

García Ramírez Juana Rosalba, Carrasco Daza Daniel, Olaya López Enrique Eduardo, Mondragón Armijo Edgar. Instituto de Enfermedades Respiratorias.

Introducción: la linfangioleiomiomatosis (LAM) es un trastorno sistémico lentamente progresivo muy raro, que casi exclusivamente afecta mujeres en edad reproductiva, y en donde prácticamente siempre existe involucre pulmonar. Se han descrito dos variantes clínicas, la S-LAM (LAM esporádica) y la TSC-LAM (LAM asociada al complejo de esclerosis tuberosa). La enfermedad tiene un curso clínico lentamente progresivo que lleva eventualmente a insuficiencia respiratoria. Se reportan las características clínicas, histológicas y los resultados de inmunohistoquímica de un caso con esta enfermedad. Se realizó revisión de expediente clínico, revisión de la biopsia enviada al departamento de patología, se realizaron tinciones con inmunohistoquímica para los marcadores HMB-45, actina, desmina, vimentina y receptores estrogénicos. **Caso clínico:** mujer de 34 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, con historia de 5 meses de evolución con disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos, y en ocasiones episodios de tos seca. Durante su estancia hospitalaria se realizó radiografía de tórax, la cual mostró infiltrado micronodular difuso, bilateral, sugestivo de patrón intersticial, en la TAC de alta resolución, múltiples imágenes quísticas,

variables en tamaño, en ambos pulmones. Se realizó Biopsia a cielo abierto, la cual una vez procesada mostró parénquima pulmonar con múltiples espacios quísticos con proliferación de músculo liso confirmado por inmunohistoquímica. **Discusión:** la linfangioleiomiomatosis es una enfermedad muy rara, afecta especialmente a mujeres en edad reproductiva y se presenta con neumotórax recurrente o enfermedad quística pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chan JK, Tsang WY. Lymphangioleiomyomatosis and angiomyolipoma; closely related entities characterized by HMB-45 positive smooth muscle. Histopathology 1993; 22:445-455
2. Steagall WK, Glasgow CG. Genetic and morphologic determinants of pneumothorax in lymphangioleiomyomatosis. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol 2007; 293:800-808

Mesotelioma peritoneal epitelial maligno (MPEM), presentación clínica como abdomen agudo. Reporte de un caso

Jaime Enrique Martínez Mendoza, Gerónimo Tavares Macías

Servicio de Anatomía Patológica Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, O.P.D. Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: los mesoteliomas peritoneales malignos son neoplasias raras, agresivas, fuertemente relacionadas a exposición a asbestos. Ocasionalmente pueden presentarse como abdomen agudo, obstrucción intestinal, peritonitis séptica, obstrucción gástrica, tumor pélvico, perforación en yeyuno, apendicitis aguda, hernia inguinal, laparocèle encerrado, íleo mecánico y hernia umbilical encerrada. Presentación de un caso de MPEM en epiplón encerrado en hernia umbilical. **Caso clínico:** femenino de 79 años, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual con hernia umbilical de 20 años de evolución con 24 horas de dolor a nivel de la misma, acude al servicio de urgencias donde se ingresa

a cirugía con diagnóstico de hernia umbilical estrangulada. La nota quirúrgica no refiere hallazgos adicionales excepto el epiplón encarcelado en la hernia umbilical. Descripción macroscópica: Se recibió un huso de piel umbilical por debajo de la cual se observó saco herniario de 5 cm. de diámetro mayor con encarcelamiento de epiplón. Al corte el epiplón mostró un nódulo sólido mal delimitado de 3.0 cm de diámetro mayor de color blanco amarillento. Descripción microscópica: El epiplón mostró proliferación de estructuras glanduloides revestidas por células poligonales grandes de aspecto mesotelial maligno con núcleos vesiculares y nucleolo prominente las cuales infiltraban ocasionando desmoplasia en el epiplón. El tumor mostró positividad para queratina y vimentina. El antígeno carcinoembrionario fue negativo. Diagnóstico: como MPEM. **Discusión:** los mesoteliomas peritoneales son raros, clínicamente las formas de presentaciones pueden ser divididas en 1) 40% clásica (dolor abdominal asociado a ascitis y masa abdominal) 2) 33.3% quirúrgica (Obstrucción, hernia encarcelada), 3) 26.6% Médica (imitando enfermedades inflamatorias, fiebre, diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, alteración en reactantes de fase aguda). En nuestro caso la forma de presentación correspondió a la quirúrgica con abdomen agudo por hernia umbilical con epiplón encarcelado conteniendo el MPEM. Histológicamente los Mesoteliomas malignos de tipo epitelial se caracteriza por un patrón tubulopapilar con células epiteliales cuboides o planas, con núcleos vesiculosos con uno o dos nucleolos con abundante citoplasma eosinófilo con mitosis de escasas a raras con matriz de fibrosa a mixoide con o sin hialinización. Aunque no existe un marcador específico para mesoteliomas, se requiere idealmente de un panel de anticuerpos contra Vimentina (+), citoqueratina (+), E.M.A. (+), Antígeno carcinoembrionario (-), Leu-M1 (-), Ber-EP4 (+), B72.3 (-), MOC-31 (-), calretinina (+), Citoque-

ratina 5/6 (+), los cuales ayudaran en la mayoría de los casos para apoyar el diagnóstico. Se presenta un caso MPEM aparentemente "localizado" de 3 cm que infiltra al epiplón encarcelado en la hernia umbilical, la cual se presentó como un cuadro de abdomen agudo (presentación "quirúrgica" de MPEM). El tumor fue queratina positiva, vimentina positiva focal y C. E. A. negativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weiss Sharon W. Soft tissue tumors fifth ed. Ed. mosby elsevier.
2. Churg A, Chairman T. The Separation of Benign and Malignant Mesothelial Proliferations, Am J Surg Pathol 2000;24(9):1183-200-
3. De Pangher m. Malignant peritoneal mesothelioma Vincenzo Tumori 2005;91:1-5.
4. Kerrigan Scott A. JMalignant Mesothelioma of the Peritoneum Presenting as an Inflammatory lesion a report of four cases. Am J Surg Pathol 2003;27(2):248-53.
5. M. HaË fnera Giant benign cystic mesothelioma: a case report and review of literature. Eur J Gastroenterol Hepatol 2002;14:177-80.

Mioepitelioma de pulmón, reporte de un caso

Mónica García Gutiérrez, Fernando E. De la Torre Rendón, Miguel Nava Ramírez, Enrique A. Sampedro Carrillo, Luis Cisneros Sotelo

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

Caso clínico: femenino de 77 años originaria y residente del estado de Guerrero. Tabaquismo positivo (un cigarrillo diario) de los 35 a los 42 años de edad. Hipertensión arterial sistémica de 4 años de evolución y diabetes mellitus tipo 2 de dos meses. Refirió dolor lumbar de 41 años de evolución manejado con antiinflamatorios. Por caída de su propio plano sufrió fractura costal 5 años antes. Inició su padecimiento 7 meses antes con tos productiva, no emetizante ni dis-

neizante y dolor torácico que aumentaba con esfuerzos y disminuía con reposo. Posteriormente la tos se hizo seca y la disnea evolucionó de grandes a medianos esfuerzos con dolor subescapular izquierdo intenso. Se encontró en tele de tórax un tumor parahiliar central, en lóbulo inferior derecho, por lo que fue referida a nuestro hospital. En la exploración física se encontró dolor a la digitopresión en costillas, bilateral. La TAC demostró que el tumor era intraparenquimatoso de aproximadamente 4.5 cm, sin compromiso de estructuras vasculares y se identificaron dos ganglios aumentados de volumen que se consideraron como posibles metástasis. En estas condiciones, se realizó toracotomía derecha con toma de biopsia. No se extirpó el tumor debido a su cercanía con los vasos hiliares. En Patología se recibieron 3 fragmentos de tejido de 0.3 a 1.3 cm, café pálido y blandos. El estudio microscópico rutinario permitió identificar una neoplasia fusocelular formando haces cortos con distribución estoriforme, sin atipia y con muy escasas figuras de mitosis. Entremezclados con el componente fusocelular se identificaron estructuras tubulares revestidas por epitelio cúbico simple, interpretadas como remanentes de bronquiólos. Entre las células fusiformes se observó infiltrado linfoplasmocitario. Se realizaron estudios de inmunohistoquímica con los siguientes resultados: Actina específica de músculo liso = (++); calponina = (+); CD 10 (++); Desmina (-); Proteína S100 = (+++); Proteína glial ácida (+); CD34 = (-); Citoqueratinas 5/6 = (-); Pan-Queratinas = (-); p63 = (-); Ki-67 = (< 10%). **Discusión:** con base en los hallazgos descritos, se estableció el diagnóstico de mioepitelioma de pulmón. Si bien los mioepiteliomas se han descrito en varias localizaciones, en el pulmón resultan muy poco comunes. El primer caso documentado, lo fue en 1987 por Stricker y cols. De acuerdo con nuestra revisión, hasta la fecha sólo se han reportado 7 casos de mioepitelioma pulmonar. Aunque tiene características

histológicas compatibles con benignidad no es posible determinar con total seguridad su naturaleza ya que hay pocos casos publicados. Los pocos tumores descritos que han sido centrales y mayores de 2.5 cm. han sido malignos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cagirci U, Myoepithelioma of the lung. Eur J Cardiothorac Surg. 2000;17:187-189.
2. Strickler JG, Myoepithelioma of the lung. Arch Pathol Lab Med. 1987; 111:1082-1085.
3. Sekine I. Rare pulmonary tumors-a review of 32 cases. Oncology. 1998;55:431-434.

Quiste óseo aneurismático como manifestación de transformación somática en tumores de células germinales. una asociación no reconocida previamente. Reporte de dos casos.

Yaneth Valdez Mendieta, Erick Aguilar Neri, Ángel Molina Cruz, Ana María Valdez Cano

Instituto Nacional de Cancerología.

Introducción: el desarrollo de neoplasias somáticas en los Tumores de Células Germinales (TCG) es un fenómeno raro

pero bien reconocido. Puede ocurrir en neoplasias de origen gonadal o extragonadal. Se han reportado neoplasias de las tres capas germinales, las más frecuentes son Sarcomas y Carcinomas, los cuales pueden presentarse en el tumor primario, en las metástasis o en ambos. Recientemente se ha demostrado que la presencia de un sarcoma empeora el pronóstico, ya que el tumor es resistente a los esquemas tradicionales de quimioterapia usados para los TCG y puede comportarse en forma autónoma. Los tipos histológicos más frecuentes son el rhabdomyosarcoma (RMS) y el angiosarcoma (AS). No se ha reportado previamente la asociación de Quiste óseo aneurismático (QOA) en TCG. En el presente trabajo se presentan dos casos que ilustran esta asociación.

Resumen de características clínico-patológicas: (cuadro 8). **Discusión:** El QOA es una lesión quística multiloculada que casi siempre surge en el hueso y en ocasiones se observa en ciertas lesiones de tejidos blandos. Sin embargo, nunca se ha reportado en asociación con TCG. Se cree que inicia por daño a la red capilar de las lesiones precursoras que culmina en un proceso expansivo destructivo causado por presión de la sangre extravasada. Recientemente se han descrito

anormalidades clonales (cromosoma 17) que apoyan el carácter neoplásico de la lesión, por lo que la presencia de QOA en un TCG debe considerarse un fenómeno de transformación somática o “desdiferenciación”. También es de interés el antecedente de una neoplasia vascular (AS) en el segundo caso, el cual pudo haber precedido al QOA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dominguez-Malagón HR, Cano-Valdez AM, Moran CA, Suster S. Germ Cell Tumors with Sarcomatous Components. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 46 cases. AM J SURG PATHOL 2007;31(9):1356-1362.
2. Cottalorda J, Bourelle S. Modern concepts of primary aneurysmal bone cyst. ARCH ORTHOP TRAUMA SURG. 2007 Feb;127(2):105-14.
3. Ellison DA, Sawyer JR, Parham DM, Nicholas R Jr. Soft-tissue aneurysmal bone cyst: report of a case with t(5;17)(q33;p13). PEDIATR DEV PATHOL. 2007 Jan-Feb;10(1):46-9.
4. Gleason BC, Kleinman PK, Debenlenko LV, Rahbar R, Gebhardt MC, Perez-Atayde AR. Novel karyotypes in giant cell-rich lesions of bone AM J SURG PATHOL. 2007 Jun;31(6):926-32.

Cuadro 8.

Caso	Edad/sexo	Localización (tumor primario)	Tipo histológico (primario)	Tratamiento	Seguimiento (recurrencias)
1	29 / M	Testículo	TM+CE+TSE	Cirugía QT	Mediastino (7m): TM+QOA Retroperitoneo (17m, 28m, 36m): TM+QOA Intestino (28m): QOA
2	26 / M	Mediastino superior	TM+CE+AS	QT Cirugía	Pulmón, bazo, hígado, hueso (96m): QOA

M = Masculino, TM = Teratoma maduro, CE: Carcinoma embrionario, TSE = Tumor de senos endodérmicos, AS = Angiosarcoma, QOA: Quiste óseo aneurismático.

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