

Resúmenes de los trabajos del 52º Congreso Anual de la Asociación Mexicana de Patólogos*

TRABAJO LIBRE

Linfoma de células B no clasificado, con cambios intermedios entre linfoma B difuso de células grandes y linfoma de Burkitt. Aspectos morfológicos y de inmunohistoquímica

Mónica B. Romero-Guadarrama,
Marco A. Durán-Padilla

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

Introducción: los linfomas de células B con cambios intermedios entre linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) y linfoma de Burkitt (LB) son linfomas agresivos que tienen cambios morfológicos y genéticos de ambos. Pero que por razones clínicas y biológicas no deben ser clasificados dentro de estas categorías. Algunos de estos linfomas en el pasado fueron clasificados como linfoma tipo Burkitt. **Objetivo:** el presente trabajo es descriptivo y el objetivo principal es mostrar la experiencia de 8 casos de este tipo de linfoma no Hodgkin y discutir su diagnóstico diferencial. **Material y métodos:** se estudiaron en forma retrospectiva 11 casos de linfomas no Hodgkin con diagnóstico de linfoma tipo Burkitt o Burkitt de los archivos de patología quirúrgica y de inmunohistoquímica del Hospital General de México, de los años (2002

a 2008) de los cuales se eliminaron dos por corresponder morfológica e inmunohistoquímicamente a linfoma de Burkitt esporádico y otro mas fue linfoma linfoblástico, en tres pacientes de 11, 12 y 18 años. Los 8 restantes correspondieron a cuatro mujeres y cuatro hombres con edad menor de 31 años, mayor de 81 y promedio de: 51.6 años. Se presentaron en ganglios linfáticos cervicales en su mayoría.

Resultados: morfológicamente se observó proliferación difusa de células transformadas de tamaño medio a grandes con poca mezcla de linfocitos pequeños, el patrón en cielo estrellado estuvo presente, hubo prominente apoptosis, la morfología celular fue variable y recordó LB, pero con mas variación nuclear, contornos nucleares irregulares y nucleolo. Los marcadores efectuados como Cd 20 fue positivo en los 8 casos. El índice de proliferación celular fue alto del 90 al 100%, 4 expresaron Cd10, Bcl2 lo expresaron débilmente 4 casos y 2 expresaron Bcl6, en ningún caso se evidenció la presencia del virus de Epstein-Barr. **Conclusiones:** el diagnóstico diferencial debe de efectuarse con linfoma de Burkitt esporádico y con el linfoma linfoblástico que puede presentar patrón en cielo estrellado. En ocasiones las reacciones de inmunohistoquímica efectuadas, no

son concluyentes para el diagnóstico por lo que es necesario efectuar en este tipo de linfomas biología molecular ya que del 30 al 50% de los linfomas B no clasificados tienen la translocación 8q24/MYC, otro 15% de los casos tienen la translocación BCL2 algunas veces junto con la translocación MYC ("Linfoma doble Hit"), y con menor frecuencia se presenta la translocación BCL2. En conclusión es importante reconocer este tipo de linfoma no Hodgkin que predominantemente se presenta en adultos, aunque es poco frecuente, tiene un mal pronóstico y se asocia con resistencia al tratamiento. Es necesario estudiarlos con biología molecular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am J Clin Pathol. 2007;128(4):558-64.
2. Am J Surg Pathol. 2005.
3. WHO Classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Swerdlow HS, Campo Elias, et al. 2008;265-6.

Expresión de la E-cadherina en cordomas. Estudio clínico-patológico y de inmunohistoquímica

Martha Lilia Tena Suck, Citlaltepetl Salinas Lara, Manuel Castillejos, Karen Castellón B., Héctor Soriano, Jonathan Barajas Buendía, Alma

* El contenido científico y editorial de estos resúmenes no es responsabilidad de Patología Revista Latinoamericana.

Ortiz Plata, Diana Gómez G
Instituto Nacional de Neurología y
Neurocirugía Manuel Velasco Suárez,
SA, México DF

Introducción: el cordoma es considerado como tumor epitelial óseo, En cráneo es un tumor raro y generalmente se localizan en la base del cráneo. La expresión de la E-cadherina se correlaciona como factor de mal pronóstico en algunos carcinomas.

Objetivo: estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de serie de casos. En este trabajo estudiamos la expresión mediante inmunohistoquímica de la E-cadherina en cordomas operado en el INNN-MVS.

Material y métodos: se incluyeron 70 cordomas en este estudio. La edad osciló entre 17 a 77 años (media de 41.93 ± 15.28), 42(60%) fueron mujeres y 28(40%) fueron hombres.

Resultados: histológicamente; tipo Clásico fueron 52 (74.3%) casos, tipo cordoide fueron 15 (21.4%) y tipo fibromixioide fueron 3 (4.3%) y ninguno de tipo epitelioide ($p=0.00$). Por localización; 5 infratentoriales y 24 en base del cráneo ($p=.61$). Recidiva se presentó en 31 (44.3%) casos, de los cuales 10 fueron mujeres y 7 hombres, La media de edad y recidiva fue: 40.32 ± 14.74 vs la media de edad con los casos que no recidivaron fue de 43.33 ± 15.85 años ($p=0.002$). La expresión leve de la E-Cadherina fue negativa en 39 casos (51.7%) y leve en 31(44.2%). Observamos que la no expresión de la E-Cadherina fue mayor en los pacientes de menor edad, con menor tiempo de seguimiento y en las recidivas en el 71% ($p=.000$) así como a mayor tamaño del tumor y en el tipo cordoide. No hubo relación entre la expresión de la E-cadherina

con la edad, género, localización, ni tipo histológico. **Conclusiones:** por lo que concluimos que la no expresión de la E-Cadherina en los cordomas sugiere un factor de mal pronóstico, mayor recidiva a menor tiempo y a menor edad que los tumores que expresan la E-cadherina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sakai K, Hongo K, Tanaka Y, Nakayama J. Analysis of immunohistochemical expression of p53 and the proliferation marker Ki-67 antigen in skull base chordomas: relationships between their expression and prognosis. *Brain Tumor Pathol* 2007;24:57-62.
2. Sell M, Sampaolo S, Di Lorio G, Theallier A. Chordomas: a histological and immunohistochemical study of cases with and without recurrent tumors. *Clin Neuropathol* 2004;23:277-85.
3. Aberle H, Schwartz H, Kemler R. Cadherin-catenin complex: protein interactions and their implications for cadherin function. *J Biol Chem* 1996;61:514-23.

Cordoma. Estudio clínico-patológico, experiencia de 16 años del INNN. MVS

Citlalitépetl Salinas Lara, Martha Lilia Tena Suck, Héctor Soriano, Sergio Moreno Jiménez, Rosalba Vega, Noemí Gelista, Manuel Castillejos, Marcos Gómez López
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, SA, México DF

Introducción: el cordoma es tumor raro epitelial óseo que afecta principalmente la base del cráneo. Se realizó correlación clínico patológica de los cordomas. **Objetivo:** el objetivo del estudio fue hacer una correlación clínico patológico de

los cordomas estudiados en el INNN. MVS. Periodo de 16 años. **Material y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo, observación de serie de casos. Se incluyeron 70 casos en este estudio. La edad osciló entre 17 a 77 años (media de 41.93 ± 15.28), de los cuales, 42 (60%) mujeres y 28 (40%) fueron hombres. **Resultados:** tipo clásico fueron 52 (74.3%) casos, tipo cordoide fueron 15 (21.4%) y tipo fibromixioide 3 (4.3%) ($p=0.007$). La recidiva se presentó en 31 (44.3%) casos, de los cuales fueron 10 mujeres y 7 hombres ($p=0.002$). La edad media de recidiva fue 40.32 ± 14.74 años y de 43.33 ± 15.85 años los que no recurrieron. Siete casos murieron. El tiempo de seguimiento osciló entre 6 y 30 meses, con una media de 18.91 ± 6.50 meses y se relacionó con género ($p=0.033$), presencia de atipias celulares, necrosis e inflamación ($p=0.000$ respectivamente). El índice mitótico fue mayor en las mujeres que en los hombres, en tumores de mayor tamaño, en los tumores localizados en la región infratentorial y se correlacionó con el tamaño del tumor ($p=0.004$), con la presencia de espículas óseas ($p=.002$) y con un menor tiempo de seguimiento ($p=0.036$). El tamaño del tumor fue menor en los tumores de la base del cráneo, en hombres ($p=0.036$) y se correlacionó con necrosis ($p=.000$). **Conclusiones:** nosotros concluimos que el tamaño del tumor, necrosis, inflamación índice mitótico son factores que pudieran considerarse como signos de mal pronóstico en los cordomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dorfman HD, Czerniak B. Chordoma and related lesions In: Bone tumors.

- Mosby: St. Louis, 1997;pp:974-1008.
2. Hoch BL, Nielsen GP, Liebsch NJ, Rosenberg AE. Base of skull chordomas in children and adolescents: a clinicopathologic study of 73 cases. *Am J Surg Pathol* 2006;30:811-8.
3. Sell M, Sampaolo S, Di Lorio G, Theallier A. Chordomas: a histological and immunohistochemical study of cases with and without recurrent tumors. *Clin Neuropathol* 2004;23:277-85.

Persistencia del VPH en pacientes posradiadas por antecedentes de cáncer cervico-uterino por medio de la captura de híbridos 2 (CH2)

Margarita Ibarra del Río, Nayra E. García Vargas, Rita Sotelo Regil Hallmann, Lorena Flores Hernández

Introducción: la radioterapia es uno de los principales tratamientos de elección. Se desconoce si el virus es resistente o no a la radioterapia. Por lo que es necesario conocer si los cambios morfológicos se deben a la persistencia o recurrencia viral, esto implicaría un seguimiento mas frecuente de estas pacientes para detectar recurrencia. **Objetivo:** determinar la persistencia del VPH en pacientes con radioterapia por antecedente de carcinoma cervicouterino (CACU), mediante el método de amplificación de señal; captura Híbrida2 (CH2). **Material y métodos:** los datos se obtuvieron del archivo del laboratorio de citopatología del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) incluyendo pacientes posradiadas por diagnóstico de CACU que se les haya realizado citología convencional y CH2 a partir del 20 de septiembre al 20 de Diciembre de 2008. **Resultados:** se encontraron 148 pacientes en vigilancia posterior a tratamiento con radioterapia a las que se hizo la

prueba de CH 2 , de estas pacientes 22 resultaron positivas a VPH de alto riesgo lo que corresponde a un 14.8 %. Los diagnósticos citológicos al momento de la toma de CH2, se reportaron mediante la clasificación del sistema Bethesda 2001. Los años de tratamiento oscilaron entre los 2 y los 30 años posteriores a finalizar el tratamiento. **Conclusiones:** de los 148 casos estudiados ,se identificaron 22 pacientes positivas a VPH de alto riesgo, por lo que creemos que la causa mas probable de positividad, pueda deberse a que la radioterapia no elimina por completo el VPH, a reinfección, o a falsos positivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh RK, Maulik S, Mitra S, Mondal RK, et al. Human papillomavirus prevalence in postradiotherapy uterine cervical carcinoma patients: correlation with recurrence of the disease.

Causas de muerte en atresia de vías biliares. Revisión de 10 años de autopsias en el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG)

Mario Perezpeña-Diazconti, Carlos Serrano-Bello, Argelia Escobar-Sánchez, Guillermo Ramón-García, Pedro Valencia Mayoral

Departamento de Patología, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: la atresia de vias biliares extrahepáticas (AVBH) se define como una colangiopatía, de etiología desconocida, en la que se han involucrado agentes infecciosos, inmunológicos o genéticos, y es la principal casua de trasplante hepático en los niños. El tratamiento es quirúrgico y la supervivencia es aproximadamente de 90% cuando

se diagnostica oportunamente. En la AVBH hay destrucción progresiva del árbol biliar. **Objetivo:** conocer las causas de muerte de los niños con diagnóstico de vías biliares tratados en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. **Material y métodos:** se revisaron los protocolos de autopsia del Departamento de Patología del HIMFG de 1999 a 2008. Se analizaron las características clínicas y las causas de muerte de los pacientes con diagnóstico de AVBH. **Resultados:** se encontraron 718 autopsias en el periodo; 29 de ellas con diagnóstico principal de AVBH, que representan 4%, 19 fueron niñas, la edad al momento de la defunción tiene un intervalo de 5 días a 6 años. Los dos pacientes de mayor edad (4 y 6 años) recibieron trasplante hepático. Los pacientes incluidos en este grupo sin trasplante hepático sobrevivieron menos de 18 meses. En 10 pacientes la causa de muerte se atribuyó a a sangrado, 6 murieron por neumonía, dos por necrosis hepática submasiva, uno por choque séptico y uno por choque cardiogenico, como causas más frecuentes. **Conclusiones:** la causa de muerte más frecuente en pacientes no trasplantados fue de sangrado de tubo digestivo alto-choque hipovolémico secundario a la insuficiencia hepática terminal; la segunda causa de muerte fue de neumonía. La atresia de vías biliares es la indicación más frecuente de trasplante hepático en nuestro Hospital, la supervivencia sin este procedimiento se reduce notablemente al compararlo con las series de otros países: con el procedimiento de Kasai es de 30% en pacientes a los 10 años y 14% a 23% a los 20 años, por lo que el trasplante hepático es imperativo en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mod Pathol 1997;10:793-9.
2. Hepatology 1999;30:606-11.
3. Am J Dis Child 1991;145: 213-5.
4. Lancet 2000;355:25-29.

Alteraciones vasculares en la enfermedad inflamatoria intestinal en un grupo de niños en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

Esther Acevedo, Carlos Serrano-Bello,** Argelia Escobar Sánchez,** Guillermo Ramón-García,** Mario Perezpeña-Diazconti,** Liliana Worona Dibner,* Alejandra Consuelo-Sánchez,* Pedro Valencia-Mayoral*
 * Gastroenterología y Nutrición
 ** Departamentos de Patología
 Hospital infantil de México Federico Gómez

Introducción: la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad autoinmunitaria poligénica con gran variabilidad en sus manifestaciones clínicas dentro de las cuales se cuentan las vasculares extraintestinales. Hasta donde sabemos, a nivel microscópico no se han descrito cambios vasculares en los órganos blancos de la enfermedad. **Objetivos:** determinar la existencia de cambios vasculares en las biopsias de pacientes con diagnóstico de EII y otras afecciones colónicas y describirlos; evaluar su presencia en el seguimiento endoscópico de los pacientes con EII y su relación con la evolución de la enfermedad. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo de casos y testigos, se incluyeron los pacientes con el diagnóstico de EII del Hospital Infantil de México Federico Gómez de enero de 1996 a julio de 2007 y dos pacientes testigos por cada caso con sangrado de tubo

digestivo bajo sin EII. Se revisaron los expedientes clínicos y los de patología; se revisaron las laminillas “en ciego” por al menos dos patólogos y se evaluó la presencia de cambios vasculares y se estadificó en grados su extensión e intensidad, así como la presencia de vasculitis, endotelialitis y pavimentación vascular. Se incluyeron 16 pacientes con EII (tres con enfermedad de Crohn, trece CUCI) y 34 testigos (colitis alérgica en cinco, poliposis familiar en cuatro y poliposis inflamatoria en veinticinco. **Resultados:** los dieciséis pacientes con EII provinieron de zonas urbanas y suburbanas ($p = 0.005$), ocho tenían antecedentes heredofamiliares familiares de enfermedad autoinmunitaria, tres de neoplasias. Los hallazgos clínicos y laboratoriales de los casos fueron sangre en las evacuaciones, dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso, fiebre y artralgias, anemia, plaquetosis, hipoalbuminemia y anticuerpos antinucleares positivos; y los testigos principalmente sangre en las evacuaciones, dolor abdominal y anemia. Microscópicamente se observaron cambios vasculares en todos los casos y en veintitrés testigos en la biopsia inicial ($p = 0.034$). La pavimentación y la endotelialitis predominaron en los casos ($p = 0.03$ y $p = 0.001$), así como la endotelialitis por PMN ($p < 0.001$), y por MN ($p = 0.03$); la extensión global del daño vascular fue de grado IV para doce casos contra cinco de 34 testigos ($p < 0.001$); la intensidad global del daño vascular fue grave en ocho pacientes con EII y en dos de los testigos ($p < 0.001$). En el seguimiento endoscópico se halló daño vascular mientras hubo datos de laboratorio indicativos de actividad de la enfermedad. **Discu-**

sión: los cambios vasculares están presentes de manera significativa en pacientes con EII y podría ser parte de la patogenia del daño a la mucosa y a la vez indicadores de la actividad de la enfermedad.

Correlación entre los hallazgos histopatológicos y los genes *cag* y *vac* de *Helicobacter pylori* en pacientes pediátricos

SA Consuelo, NG Velázquez,** SL Dávila,** EM Almanza, SF Mendoza, Valencia MP****
 * Departamentos de Gastroenterología.
 ** Bacteriología Intestinal
 *** Patología
 Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: la infección por *Helicobacter pylori* favorece un proceso inflamatorio polimorfo cuyas características no han podido asociarse a las manifestaciones clínicas ni a la respuesta al tratamiento; por otra parte, los genes *cag A* y *vac A* se han asociado a úlceras pépticas y cáncer gástrico en adultos. **Objetivo:** correlacionar la infección con *H. pylori* genotipos *cagA+* *vacA+* y los hallazgos histopatológicos, en pacientes pediátricos. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se estudiaron 90 pacientes pediátricos con dolor abdominal epigástrico, a los cuales se les realizó biopsia gástrica por endoscopia. Se identificó la infección por histología, prueba de la ureasa, ELISA, cultivo y por reacción de la cadena de la polimerasa (PCR) directamente de la biopsia, se caracterizó a los genes *cag A* y *vac A*. Se realizó estudio histológico según los criterios de Sydney, se determinó

el tipo y cantidad de células cebadas y eosinófilo y se analizaron los resultados empleando la prueba de Chi- cuadrada. **Resultados:** se encontraron 30 pacientes no infectados con *H. pylori*, en 20 se pudo identificar el microorganismo por cultivo o PCR, de los cuales 17 pacientes estuvieron infectados con *H. pylori* genotipo cag A+ vac A+ y 3 de ellos cag A negativo. 43 fueron diagnosticados positivos a la infección, con cultivo negativo y prueba de PCR negativa. El promedio de edad fue de 7 años 6 meses. Se observó inflamación de moderada a grave en 40% de los casos infectados versus 10% de la no infectada ($p = 0.045$). Asimismo, se observaron folículos de 1 a 3 por campo en 63% de la población infectada y estos estuvieron ausentes en los no infectados ($p=0.006$), finalmente 93% de los pacientes infectados con *H. pylori* mostraron eosinofilia (5 a > 15 por campo) vs 48.3% con nula presencia de eosinófilos y 37.9% con eosinofilia de 1 a 3 por campo ($p=0.009$). **Discusión:** además de los folículos linfoides, la extensión intensidad de la inflamación y los eosinófilos parecen ser un buen indicador de la infección por *H. pylori* cagA vac A positivos.

VPH oncogénico y tipo histológico en pacientes veracruzanas

R. Melo S. Casas, O Carvajal, M. P. Trujillo, M. Cadena

Introducción: el Virus del papiloma Humano, presenta un DNA de doble cadena, con aproximadamente 8.000 pares de bases. El genoma puede dividirse en una región temprana, una región tardía y una región control. La asociación de la persistencia de VPH

oncogénico y cáncer cervico uterino es mayor del 90%. Los virus oncogénicos más frecuentes son 16, 18, 31, 33. El virus 16 es el más frecuente en el mundo tiene una prevalencia entre 50 y 70%. El virus 18 es de 20% más frecuente en Argentina y Afganistán. El virus 33 predomina en Centroamérica y Sudamérica. En México es más frecuente el virus 16. **Objetivo:** conocer el número de pacientes infectadas por VPH oncogénicos más frecuentes que evolucionaron con lesiones cervicales en Veracruz. **Material y métodos:** se revisaron 100 pacientes con diagnóstico de VPH por citología colposcopia y biopsia de la clínica de colposcopia del hospital de Ginecopediatría No.71 del IMSS en Veracruz, Ver. Se les realizó técnica de Hibridación Insitu para tipificación Viral de VPH de los tipos 16, 18, 31, 33. **Resultados:** tipo de virus y lesiones histológicas: VPH16:: 28 pacientes, 5 evolucionaron a Carcinoma, 10 a lesiones de alto grado y 13 LBG. VPH18: 16 pacientes: 4 LAG, 12 LBG. VPH31: 27 pacientes: 3 Carcinoma, 7 LAG, 17 LBG. VPH33: 22 Pacientes: 4 Carcinomas 5 LAG, 13 LBG. Los VPH oncogénicos más frecuentes fueron 16, posteriormente el 31 y 33 al final el 18.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leal Garza CH, Cortés Gutierrez EI. Detección molecular de virus de papiloma humano en mujeres con cáncer cervico-uterino. Gaceta Médica de México 2003;132:296-300.
2. Marín, Héctor M, Gorodner, Jorge O, Lucero, Raúl H, Schelover, Eduardo R Deluca, Gerado D, Prevalencia de genotipos de Virus Papiloma Humano (HPV) en población hospitalaria de la ciudad de Corrientes, Universidad Na-

cional del Nordeste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2004. http://www.unne.edu.ar/med_regional/boletin/2005/boletin01.pdf

Expresión inmunohistoquímica de p16, MCM2, topoisomerasa II alfa y MCM2/ topoisomerasa II alfa en lesiones intraepiteliales escamosas de cervix

Alfonso Heras,* Wendy Bakeman,* Andre Sanchez,* Gretchen King,* Maurie Patel,* Eduardo Luevano,** Graciela Ghirardi***

* BIO SB, Inc., Santa Barbara, CA, USA

** Hospital CIMA, Chihuahua, México

*** Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: p16 es un regulador del ciclo celular que se ha demostrado ser útil en la detección de infecciones de VPH de alto riesgo. La sobre expresión de la proteína de mantenimiento de minicromosoma 2 (MCM2) proporciona el lazo entre la infección de VPH oncogénicos y la generación de la displasia cervical. La Topoisomerasa de ADN II alfa (Topo II α) es una enzima que afecta la estructura topológica del ADN, jugando un papel importante en la replicación, transcripción, recombinación, condensación y en la segregación del ADN. **Objetivo:** el objetivo de este estudio fue evaluar la expresión Inmunohistoquímica (IHQ) de p16, MCM2, Topo II α y un cóctel MCM2/Topo II α en diferentes grados de malignidad de lesiones intraepiteliales escamosas cervicales. **Material y métodos:** la expresión p16 (Monoclonal de ratón, clona 16P04), MCM2 (Monoclonal de conejo, clona RBT-MCM2), Topo II α

(Monoclonal de conejo, clona RBT-Topo2a) y un cóctel de MCM2/Topo II α en 119 tejidos fijados en formalina y embebidos en parafina (43 normales, 40 Lesiones de bajo grado y 36 lesiones de alto grado), fueron analizadas mediante IHQ. **Resultados:** la inmunopositividad promedio para p16, MCM2, Topo II α y MCM2/Topo II α en lesiones de bajo grado fueron de 1.28, 1.71, 0.45 y 1.76, y para las de alto grado fueron de 2.5, 2.4, 1.05 y 2.5 respectivamente. Se encontró un 100% de correlación en la expresión y la localización de señales de IHQ para p16, MCM2, Topo II α y MCM2/Topo II α tanto en lesiones de bajo como de alto grado. Se observaron diferencia estadísticamente significativas de expresión de p16, MCM2, Topo II α y MCM2/Topo II α entre tejidos normales, de lesiones de bajo y alto grado ($P < 0.001$). MCM2 y el cóctel MCM2/Topo II α se expresaron en cantidades mayores que aquellas para p16 y Topo II α , en lesiones de bajo grado ($p < 0.001$). **Conclusiones:** los resultados del presente estudio muestran que la expresión de MCM2 y MCM2/Topo II α se correlacionan con p16, especialmente en lesiones de alto grado. Su expresión IHQ esta significativamente asociada con progresión de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales y por lo tanto podrían ser marcadores útiles para valorar y clasificar lesiones de bajo grado. La expresión de MCM2/Topo II α aumenta la sensibilidad diagnóstica para lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado.

Incidencia de carcinoma lobulillar in situ (LCIS), lesiones de células columnares (LCC) y car-

cinoma tubular (CT): análisis de 105 casos

I Alvarado-Cabrero, ME Rojas-Torres, V Rubio, R Valencia Cedillo

Introducción: estudios recientes describieron una fuerte asociación entre LCIS, LCC y CT. “La triada de Rosen”, es una observación morfológica que puede tener implicaciones clínicas y patológicas importantes.

Objetivo: confirmar la presencia de la Triada de Rosen, en casos reportados como CT. **Material y métodos:** se recolectaron los casos con diagnóstico de CT de 1999 al 2007. Se incluyeron biopsias excisionales y mastectomías. El CT compuesto en más de 90% por conductos revestidos por una capa de células epiteliales, con núcleos de bajo grado, separados por estroma desmoplásico. Las LCC se clasificaron en 3 categorías (LCC sin hiperplasia, LCC con hiperplasia, sin atipia; y LCC con atipia). LCIS se definió como una neoplasia que causa expansión y crecimiento de los lobulillos. Y se documentó la coexistencia con carcinoma ductal in situ (DCIS). Se analizaron cortes de cada caso con receptores hormonales (RE, RP) y HER2/neu. **Resultados:** 105 pacientes con Carcinoma Tubular, con edad media de 55 años, tamaño promedio del tumor de 1.5cm. 60% de los casos de CT mostraron también LCIS y al menos un tipo de LCC. Se identificó LCC con atipia, en 70% de los casos; mientras que 22% se asociaron a LCC con hiperplasia, sin atipia. Se encontró DCIS en 41%. Las 3 lesiones (CT, LCC, y LCIS) fueron positivas a RE, RP y negativas a Her2/neu. **Conclusiones:** nuestro estudio de 105 pacientes mostró que el CT se asocia frecuen-

temente a LCC y LCIS (60% de los casos). Esto sostiene la hipótesis de que el CT y LCIS tienen vínculos evolutivos con LCC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brandt SM, Young GQ, Hoda SA. The "Rosen Triad": tubular carcinoma, lobular carcinoma in situ, and columnar cell lesions. *Adv Anat Pathol* 2008;15(3):140-6.
2. Abdel-Fatah TM, et al. High frequency of coexistence of columnar cell lesions, lobular neoplasia, and low grade ductal carcinoma in situ with invasive tubular carcinoma and invasive lobular carcinoma. *Am J Surg Pathol* 2007;31(3):417-26.

Neoplasia lobular intraepitelial florida (NLI-FL) con células en anillo de sello (CAS), necrosis central y calcificaciones: análisis clínico-patológico e inmunológico de 10 casos

I Alvarado-Cabrero, R Valencia-Cedillo, S Barroso-Bravo

Introducción: en NLI, el epitelio prolifera hasta formar una neoplasia sólida que llena y expande la luz del conducto. Focos como estos pueden desarrollar necrosis central y calcificaciones, detectables en mamografía. La inmunorreacción a E-cadherina ha sido negativa en prácticamente todos los casos reportados. NLI-FL puede conformarse de células pleomórficas o no; pero la incidencia de NLI compuesta completamente por células en anillo de sello con necrosis central es extraordinariamente rara. **Objetivo:** ilustrar este patrón morfológico poco común de Neoplasia Lobular Intraepitelial. **Material y métodos:** recolectamos casos del 2002 a 2007, en el Hospital de Oncología, CMN

SXXI, y, analizamos la expresión de E-cadherina (E), Queratinas de alto peso molecular (QAPM), Receptores de Estrógenos (RE), Receptores de Progesterona (RP) y Her2/neu. La información clínica se obtuvo de los expedientes. **Resultados:** encontramos 10 pacientes con NLI florida con CAS y necrosis central, con edad promedio de 51.2años. La indicaciones para la biopsia fueron calcificaciones (n:7) y tumor (n:3). Se encontró necrosis luminal en todos los casos. 80% presentaron carcinoma infiltrante asociado incluyendo 5 lobulillares clásicos y 3 carcinomas infiltrantes lobulillares clásicos con células en anillo de sello. La inmunorreacción para RE, RP, y QAPM se presentó en 90%, 80%, y 90% de los casos respectivamente. Ninguno de los casos presentó inmunorreacción a E. No hubo sobreexpresión de Her2/neu en ninguno de los casos. **Conclusiones:** la NIL compuesta enteramente por células en anillo de sello puede presentar crecimiento extremo de los lobulillos o conductos, necrosis central y calcificaciones. Estos casos se asocian frecuentemente a carcinoma lobulillar infiltrante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Turashvili G, et al. Are columnar cell lesions the earliest histologically detectable non-obligate precursor of breast cancer? *Virchows Arch* 2008;452(6):589-98.

Pseudoquiste pancreático. Estudio de 12 casos de autopsia

FJ Navarro Córdoba, M Lazos Ochoa, M Murguía Pérez
Hospital General de México, OD.
Facultad de Medicina, UNAM

Antecedentes: los pseudoquistes pancreáticos (PP) son acumulos de líquido con valores altos de enzimas pancreáticas circundados por tejido conectivo. Suelen ser complicación de la pancreatitis, aunque algunos se presentan por otras causas. Los PP se localizan en el parénquima pancreático o en uno de los espacios potenciales que separan la glándula de vísceras vecinas. La característica anatomopatológica de los PP es que carecen de un recubrimiento epitelial verdadero. **Objetivos:** conocer la frecuencia, características clínicas y anatomopatológicas de los PP en material de autopsia del Hospital General de México. **Material y métodos:** este es un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en donde se revisaron los protocolos de autopsia de los casos con diagnóstico de PP en un período de diez años comprendido de 1998 a 2007 en el Hospital General de México. Las variables que se obtuvieron fueron la edad, sexo, diagnóstico clínico, enfermedades asociadas, localización, tamaño y complicaciones. **Resultados:** en este período se efectuaron 7283 autopsias de las cuales 12 tienen el diagnóstico de PP, lo que corresponde al 0.16 % del total. La edad promedio fue de 55 años, con un rango de 29 hasta 81 años. Predominaron en mujeres con 7 casos (58.3%). El alcoholismo crónico fue antecedente de 4 casos (33%), tres (25%) fueron secundarios a neoplasias primarias o metastásicas. A excepción de un caso en el cual el PP fue drenado previamente, ninguno fue diagnosticado clínicamente. La mayoría se asoció a pancreatitis; dos casos (16.6 %) aguda, ocho (66.6%) crónica, uno (8.3%) con ambas y otro (8.3%) con diagnóstico de

pancreatitis xantogranulomatosa. La localización más frecuente fue la cola (83.33%) y en dos casos (16.66%) la lesión afectaba cuerpo y cola. El tamaño fue variable desde 1.0 cm hasta 30 cm con media de 10.6 cm. Solo en un caso el PP fue múltiple. En dos (16.66%) hubo ruptura. **Conclusiones:** se encontraron algunas diferencias en comparación con la mayoría de las series de PP. Predomina ligeramente más en mujeres en un 58.3% a diferencia de la literatura que menciona que la proporción hombre:mujer es 2:1. La edad promedio (55 años) fue diez años mayor de lo que marcan las publicaciones (45 años). La presentación múltiple del pseudoquiste es mucho más rara ya que solo se presentó en un caso (8.3%), y en otras series se refieren hasta en el 20%. La afección de la cabeza del páncreas se describe en un tercio de los casos a diferencia de este estudio en donde ningún caso tuvo esa localización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klöppel G. Pseudocysts and other non-neoplastic cysts of the pancreas. *Sem Diagn Pathol* 2000;17:7-15.
2. Soliani P, Franzini C, Ziegler S, et al. Pancreatic pseudocysts following acute pancreatitis: risk factors influencing therapeutic outcome. *JOP* 2004;5:338-47.
3. Klöppel G, Maillet B. Pseudocysts in chronic pancreatitis: a morphological analysis of 57 resection specimens and 9 autopsy cases. *Páncreas* 1991;6:226-74.

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

Olga Sayuri Rivera Lozano, Luis Antonio Sepúlveda Rodríguez, Luis

Ángel Ceceñas Falcón, Oralia Barboza Quintana, Jesús Áncer Rodríguez

Introducción: 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 Adenoma 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 D. Diagnostic surgical pathology of the head and neck.

Epidemiología de los tumores del sistema nervioso central en la edad pediátrica en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Maria Victoria Gonzalez Franco, Ivett Miranda Maldonado, Yuridia Alvarado Bernal, Oralia Barboza Quintana, Jesús Áncer Rodríguez

Introducción: los tumores del SNC representan un grupo heterogéneo de neoplasias y comprenden el 10-15% de todas las neoplasias malignas de la infancia, debido al incremento en la incidencia y a la elevada morbi-mortalidad de estas neoplasias durante la edad pediátrica es importante conocer su frecuencia en nuestra población.

Objetivo: conocer la incidencia de las neoplasias del SNC de la infan-

cia en nuestro hospital. **Material y métodos:** se revisaron los archivos de especímenes quirúrgicos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de la UANL de enero de 1990 a julio de 2008. Se capturaron aquellas neoplasias de encéfalo, medula espinal, meninges, y de los nervios craneales, en pacientes menores de 18 años. Se encontraron un total de 195 tumores, la edad media fue de 9.7 años, la frecuencia general por sexo fue mayor en hombres. **Resultados:** los tumores neuroepiteliales (NE) fueron por mucho el grupo mas frecuente, de estos los astrocíticos fueron los mas frecuentes (42%), seguidos por los tumores embrionarios (31%) la mayoría fueron grado IV. Los tumores de la region selar siguieron en frecuencia representando el 13% del total La localización más frecuente fue la fosa posterior. **Conclusiones:** existen pocos reportes donde se establezca la frecuencia de las neoplasias del SNC en México, en este estudio pudimos observar como los tumores neuroepiteliales son los más frecuentes coincidiendo con los reportes de otros países. En general existen pocas variaciones en la epidemiología de los tumores que afectan al SNC en poblaciones del continente americano, sin embargo es importante contar con una base que sirva de referencia para estudios posteriores

BIBLIOGRAFÍA

1. Fajardo-Gutiérrez A, Juárez-Ocaña S, González-Miranda G, Palma-Padilla V, et al. 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;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;84:442-5.

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

Características clínicas, status de receptores hormonales y HER2 en pacientes de 40 años y menos con cáncer de mama

Víctor Manuel Pérez Sánchez, Isabel Zeichner Gancz, Teresa Andrea Vela Chávez

Antecedentes: esta descrito el comportamiento más agresivo del cáncer de mama en mujeres jóvenes. La determinación de receptores hormonales y HER2- neu , provee mejor conocimiento del comportamiento biológico del tumor. **Objetivo:** el objetivo de nuestro estudio fue evaluar el status de receptores hormonales y Her2-neu e investigar el impacto en la supervivencia en pacientes con cáncer de mama con edad de 40 años

y menos. **Material y métodos:** se revisaron todos los casos de cáncer de mama entre 2004-2007 para detectar las pacientes con 40 años y menos. Se determinaron datos histopatológicos, receptores hormonales y Her2neu. En el expediente clínico se revisó tamaño del tumor, metástasis, supervivencia. Los datos se analizaron con el paquete estadístico Stata V 7, se obtuvieron frecuencias, las diferencias se probaron con las pruebas t de student, chi 2, supervivencia con kaplan Meier y prueba de log rank de acuerdo a lo apropiado para cada situación. **Resultados:** se encontraron 315 pacientes, la media de edad fue 35.6 años (24-40) con 98 pacientes menores de 35 años. El 80% de pacientes presentaron carcinoma canalicular infiltrante (253), 8% carcinoma lobulillar infiltrante (25), 4.1% carcinoma papilar (16) y el resto 7.9% otros tipos histológicos. El Scarff-Bloom-Richardson tuvo un promedio de 7 con 75% arriba de 6. La media del tamaño tumoral

fue 5.4 (0.09-20 cm); 184 (54.7%) presentaron metástasis axilares y 59 (18.9%) metástasis a distancia. En 33 pacientes (10.5%) los receptores hormonales y Her2neu fueron positivos con supervivencia de 73% a 58 meses; las pacientes con receptores positivos y Her2-neu negativo fueron 63, con 73% de supervivencia a 154 meses(p=0.97); 80 pacientes (25.4%) fueron triple negativo , con 59% de supervivencia a 49 meses (p=0.07) contra el grupo receptores positivos y Her2neu negativo. El resto de las pacientes, 138 (43.8%) tuvieron diversas combinaciones de receptores positivos y negativos y her2 positivo y negativo con 73.6% de supervivencia a 58 meses. **Conclusiones:** las pacientes con tumores triple negativo (25.4%) tuvieron una menor supervivencia 59% a 49 meses que el resto del grupo. Las pacientes menores de 40 años con cancer de mama triple negativo al parecer tienen un pronóstico ominoso.

CARTEL

Estudio comparativo entre la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la citología cervicovaginal en el Instituto de Investigación Científica de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED)

Luis F. Sánchez Anguiano, Nadia Velázquez Hernández, Edgard Lares Bayona, Vicente Cisneros Pérez, Reynaldo H. Milla Villeda, Francisco Arreola Herrera, J. Antonio Navarrete Flores, Maricela Aguilar Durán, Teresita Núñez Márquez, Dora Alicia Rueda Cisneros

Introducción: la citología cervicovaginal es una prueba aceptada ampliamente como un excelente método de tamizaje para la detección del carcinoma cervicouterino,¹⁻³ alternativamente se ha usado la prueba de IVAA con el mismo propósito, siendo mas económica, sencilla de practicar y con resultados inmediatos, su utilidad como sustituto para la citología es controversial.^{4,5} El propósito de este estudio es comparar en nuestro medio y con nuestros recursos la utilidad de ambas pruebas. **Objetivo:**

determinar la utilidad diagnóstica de la IVAA comparada con la Citología cervicovaginal. **Material y métodos:** estudio de pruebas diagnósticas, la muestra se obtuvo en forma consecutiva según el orden de presentación de las participantes, hasta completar la "n" calculada, el número final fue de 1521 mujeres, previo consentimiento informado se les practico IVAA, Citología, y una fotografía digital evaluada por 3 interobservadores triple ciego, aquellas con cualquiera de las pruebas positivas, se le practicó colposcopia y

biopsia, así como al 10% de las negativas seleccionadas aleatoriamente. Se determinó sensibilidad, especificidad, valores predictivos y concordancia interobservador utilizando índice de Kappa. **Resultados:** para la IVAA, la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos fueron respectivamente, 20, 99, 5 y 99% y para la Citología, 80, 99, 57 y 99%. La fuerza de concordancia interobservador fué pobre. **Conclusiones:** en este estudio la citología resultó ser mejor prueba de tamizaje que la IVVA, aunque esta última por su alta especificidad podría ser útil como prueba auxiliar a la citología.

REFERENCIAS

1. Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature* 2001;411:390-5.
2. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Diario Oficial de la Federación 31 de mayo de 2007.
3. Sánchez Anguiano L F, et al. Human papilloma virus infections in women seeking cervical Papanicolaou cytology of Durango, Mexico: prevalence and genotypes. *BMC Infectious Disease* 2006;6:27.
4. Bellinson JL, Pretorius RG, Zhang WH, Wu LY, Qiao YL, Elson P. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstet Gynecol* 2001;98(3):441-4.
5. Basu P.S, et al. Visual inspection of cervical neoplasia in Kolkata India. *Int J Gynecol Cancer* 2003;13:626-32.

Hemangioendelioma epiteliode cutáneo. Reporte de dos casos

Fabiola Elizabeth Rodríguez Ramírez, Axel Ramírez Varela, Jorge Eduardo del Bosque Méndez, Carlos Gutiérrez Ángeles

Introducción: el hemangioendelioma epiteliode (HE) es un tumor

vascular que por su comportamiento biológico, se considera de malignidad intermedia entre hemangioma y angiosarcoma convencional. Se desarrolla principalmente en tejidos blandos de extremidades, a partir de una vena de mediano calibre. La localización sólo cutánea es rara. Los tumores con >3 mitosis/50 HPF y >3 cm tienen peor pronóstico con desarrollo de metástasis y sobrevida corta; por lo tanto, es considerado por algunos autores como un angiosarcoma de bajo grado. **Objetivo:** describir dos casos infrecuentes de hemangioendelioma epiteliode cutáneo. **Material y métodos:** caso 1: mujer de 42 años con tumor en rodilla de 2 años de evolución, asintomática. Clínicamente lesión de 5 cm, blanda, móvil. Se realiza excisión. Caso 2: mujer de 55 años con neoformación en dorso nasal de 2 meses de evolución, crecimiento progresivo de 0.5 cm hasta 3 cm, asintomática. Clínicamente nódulo violáceo, bordes definidos, liso, ahulado. Se realiza biopsia incisional y posteriormente rinotomía total. **Resultados:** se identificó proliferación de células endoteliales epitelioides formando cordones y nidos dentro de un fondo mixohialino. Estas células presentaban luces intracitoplasmáticas con eritrocitos en su interior. El caso 2 fue más celular con atipia y >3 mitosis/50 HPF. Ambos resultaron positivos para Ulex europeus, CD34 y CD31. **Conclusiones:** el HE es un tumor con comportamiento biológico variable dependiendo de la localización, tamaño y características histológicas. Aunque se han descrito pocos casos de este tumor con afectación única en piel, al parecer, la evolución tiende a ser más favorable. Sin embargo se

debe hacer seguimiento del paciente y tener presente posibles metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Am J Surg Pathol* 2008;32:924-7.
2. *Am J Dermatopathol* 1998;20:541-6.
3. *J Cutan Pathol* 2008;35:80-2.
4. *Actas Dermosifiliogr* 2005;96:386-91.
5. *Eur J Dermatol* 1999;487-90.
6. *Cancer* 1982;50:970-81.

Carcinoma fusocelular de la conjuntiva. Presentación de casos

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

Introducción: el carcinoma epidermoide es el tumor epitelial maligno más frecuente de la conjuntiva, sin embargo su variante fusocelular (sarcomatoide) es rara en esta localización. El primer caso de este tipo de carcinoma fue descrito en 1967. Desde entonces y hasta la fecha encontramos cerca de 19 casos publicados, la mayoría de ellos confirmados con inmunohistoquímica. El carcinoma fusocelular está constituido por células neoplásicas que recuerdan a los fibroblastos, pero con aumento de su relación núcleo-citoplasma, así como atipia, pleomorfismo, nucléolos evidentes y alto índice mitótico. Su patrón de crecimiento es siempre infiltrativo y para su diagnóstico es fundamental encontrar zonas de epitelio conjuntival en contigüidad con la neoplasia. Las células tumorales pueden expresar focalmente positividad para citoqueratinas, EMA y vimentina, mientras que por ultraestructura presentan tonofilamentos y desmosomas. Su diagnóstico diferencial

con otras neoplasias como melanoma amelanótico desmoplásico e histiocitoma fibroso maligno suele ser complejo. Estimar la frecuencia de la variante fusocelular del carcinoma epidermoide (CF) de la conjuntiva en un hospital oftalmológico de concentración; así como sus características clínicas, microscópicas e inmunohistoquímicas en población mexicana. **Casos clínicos:** se recopilaron todos los casos con diagnóstico histopatológico de CF conjuntival, de los archivos del Servicio de Patología Oftálmica de la APEC en un período comprendido entre 1957 y 2008. Se reevaluaron las laminillas de todos los casos con tinciones de hematoxilina-eosina, PAS y tricómico de Masson. Se realizó inmunohistoquímica para citoqueratinas, EMA y vimentina en todos los casos, y aquellos que resultaron negativos se marcaron además con HMB-45 y CD 68. Se encontraron en total 7 casos de CF de la conjuntiva, todos del sexo masculino y con una edad promedio en el momento del diagnóstico de 67 años (rango 29 a 87). El tamaño promedio de las lesiones fue de 1.3 cm de diámetro. En 6 casos se realizó resección incompleta del tumor, y en 2 de ellos se halló extensión al párpado y la órbita. **Discusión:** el CF de la conjuntiva al igual que en otras poblaciones es poco frecuente en mexicanos. Aparentemente afecta principalmente a varones por encima de la sexta década de vida. Histopatológicamente con lo que más se puede confundir es con melanoma desmoplásico, y algunos sarcomas, por lo que el uso de marcadores de inmunohistoquímica es indispensable para llegar a un diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Surv Ophthalmol 1967;12(3):244-6.
2. Ophthalmology 1990;97:711-7.
3. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1997;(6):73-7.
4. Can J Ophthalmol 2002;37:14-20.

Identificación del DNA de VPH en pacientes con diagnóstico citológico de ASC. Método de captura híbrida 2 y PCR

Rita Sotelo-Regil Hallmann, Lorena Flores Hernández, Margarita Ibarra del Río, Rocío Gutiérrez Cisneros, Itzel Saldaña Santamaría

Introducción: el Sistema Bethesda 1988 introdujo el término ASC-US. Esta terminología indica una lesión limítrofe que tiene criterios citomorfológicos bien establecidos pero subjetivos para su diagnóstico. El término es controvertido debido a que frecuentemente se sobrediagnostica y su metodología de estudio y seguimiento son costosos. **Objetivo:** determinar si la aplicación de los criterios citomorfológicos utilizados en el diagnóstico de ASC en el INCan son correctos, tomando como prueba de oro los resultados de CH2 y PCR.

Material y métodos: se seleccionaron 100 pacientes con diagnóstico de ASC en citología convencional en el Depto de Citopatología del INCan. durante el año 2007-2008. Previo consentimiento informado, las pacientes fueron sometidas a nueva toma para detección de DNA de VPH por medio de CH2 y PCR. Se correlacionaron los datos y se dio seguimiento clínico hasta la fecha.

Resultados: de las 100 pacientes diagnosticadas como ASC 89 fueron ASC-US y 11 ASC-H. De los ASC-US, 19 pacientes (21.34%) tuvieron

LIE (15 LIBG y 4 LIAG). De los ASC-H, 6 pacientes (54%) tuvieron anormalidad epitelial (2 LIBG, 3 LIAG, 1 adenocarcinoma). Sesenta casos fueron negativos tanto para CH2 como para PCR. El 40% restante fueron positivos para alguna de las dos pruebas (20 CH2+/PCR+; 15 CH2-/PCR+; 5 CH2+/PCR-). **Conclusiones:** existe un sobrediagnóstico de ASC en el departamento de Citopatología del INCan. La utilización de biología molecular es útil en el diagnóstico de ASC ya que permite que solamente los casos positivos a virus de alto riesgo sean sometidos a técnicas diagnósticas y seguimientos más costosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kirby TO, Huh WK, Partridge EE. Human Papillomavirus triage of patients with atypical squamous cells of indetermined significance on cervical papanicolaou smear. Annals Academy of Medicine 2003;32(5):590-6.
2. Thrall MJ. Impact of the more restrictive definition of atypical squamous cells introduced by the 2001 Bethesda System on the Sensitivity and Specificity of the Papanicolaou Test. Cancer Cytopathology 2008;114(3):171-9.

Calretinina, HBME-1 y citoqueratinas 5/6 como panel para el diagnóstico de mesotelioma pleural primario en biopsias pleurales

Juana Rosalba García Ramírez, María Eugenia Vázquez Manríquez, Daniel Carrasco Daza, Nazario Guadío Ortega Luis

Introducción: el mesotelioma maligno difuso pleural es un tumor poco común originado de las células mesoteliales que recubren la pleura. Se trata de una neoplasia rara. Los factores de riesgo asociados al

desarrollo de mesotelioma son la exposición a partículas de asbesto, radioterapia, irritación pleural y exposición al virus SV. Algunos casos se presentan como un reto diagnóstico, debido a que su morfología con frecuencia mimetiza al adenocarcinoma. **Objetivo:** el objetivo del presente estudio fue conocer y analizar la expresión de Calretinina, HBME-1, Citoqueratinas 5/6, TTF-1, BerEp-4 y CEA en los casos diagnosticados como mesotelioma pleural primario y adenocarcinoma pulmonar. **Material y métodos:** se realizó revisión retrospectiva de los casos diagnosticados como mesotelioma pleural primario y adenocarcinoma pulmonar un periodo de dos años y detección mediante inmunohistoquímica para Calretinina, HBME-1, Citoqueratinas 5/6, TTF-1, BerEp-4 y CEA. **Resultados:** en un periodo de dos años se diagnosticaron 76 casos de mesotelioma primario pleural y 144 casos de adenocarcinoma pulmonar. El diagnóstico de mesotelioma y adenocarcinoma se realizó en respectivamente 71 y 22 especímenes enviados como biopsias pleurales. Del panel analizado la calretinina y el TTF-1 mostraron mayor sensibilidad y especificidad para diagnóstico de mesotelioma pleural y adenocarcinoma pulmonar respectivamente. **Conclusiones:** en base a la buena sensibilidad y especificidad mostrada esta justificado el uso de Calretinina, HBME-1, Citoqueratinas 5/6, TTF-1, BerEp-4 y CEA para distinguir entre mesotelioma pleural y adenocarcinoma pulmonar. En casos donde se cuenta con muy poco tejido la elección de calretinina, TTF1 y CEA pueden ser una excelente opción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Churg A, Roggli V, Galateau-Salle F. In: Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink HK, Harris CC. WHO Classification Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. Lyon: IARC Press, 2004;pp:125-44.
2. Churg A, Cagle PT, Roggli VL. Tumors of the serosal membranes. AFIP Atlas of Tumor Pathology. Washington: ARP PRESS, 2006;pp:33-82.
3. Weiner SJ, Neragi-Miandoab S. Pathogenesis of malignant pleural mesothelioma and the role of environmental and genetic factors. J Cancer Res Clin Oncol 2008; Sep 12. [Epub ahead of print].
4. Klebe S, Mahar A, Henderson DW, Roggli VL. Malignant mesothelioma with heterologous elements: clinicopathological correlation of 27 cases and literature review. Mod Pathol 2008;21:1084-94.
5. Battifora H. Mesothelioma versus carcinoma: getting easier? Hum Pathol 2005;36:1156.
6. Ordóñez NG. What are the current best immunohistochemical markers for the diagnosis of epithelioid mesothelioma? A review and update. Hum Pathol 2007;38:1-16.

Tumor de colisión del útero: carcinoma endometriode y carcinoma epidermoide del cérvix. Informe de un caso de autopsia

Erick A Contreras López, Minerva Lazos Ochoa***

* Hospital General de México OC

** Facultad de Medicina, UNAM

Introducción: los tumores de colisión (TC) consisten en la coexistencia de dos o mas neoplasias de estirpe histológica diferente en un mismo órgano. Los TC se encuentran mas frecuentemente en la piel, donde el melanoma es la neoplasia mas involucrada, la que se asocia sobre todo a carcinoma epidermoide y carcinoma basocelular. En el aparato genital femenino, los TC son sumamente raros.

Se presenta un caso de un TC formado por un carcinoma epidermoide del cérvix y un carcinoma endometriode de tipo papilar del fondo uterino, que se estudió en el Hospital General de México. **Resumen clínico:** mujer de 30 años sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento un mes previo a su defunción, con sangrado transvaginal. A la exploración física se detectó un tumor de 4 x 2 cm localizado en el cuello uterino. La biopsia del mismo se diagnosticó como carcinoma epidermoide queratinizante de células grandes moderadamente diferenciado. Se realizó ultrasonido y tomografía, los que demostraron actividad metastásica en pulmones. Se trató con carboplatino de manera paliativa; posteriormente manifestó insuficiencia respiratoria que evolucionó a paro cardiorrespiratorio. El diagnóstico clínico fue carcinoma cervicouterino estadio clínico IV B metastásico en pulmones. **Resumen de la autopsia:** el cérvix estaba sustituido completamente por una lesión neoplásica que midió 7x6x5 cm, de consistencia dura, de color blanco amarillento, con focos de necrosis y hemorragia; invadía el segmento uterino inferior, el miometrio, incluido el fondo uterino, así como los tercios proximal y medio de la vagina, el tabique vesico-vaginal y los parametrios. Además, en el fondo uterino se identificó una lesión neoplásica de aspecto rugoso, de color amarillo claro, blanda, que midió 1x1x1cm., que ocupaba parcialmente la cavidad uterina. En los pulmones se observaron múltiples lesiones nodulares en todos los lóbulos, la mas grande de 1.2x1x1 cm., bien delimitadas, de color blanco grisáceo, de consistencia blanda. Microscópicamente

en el cérvix, miometrio y lesiones metastásicas se identificó un carcinoma epidermoide queratinizante de células grandes. Los estudios de inmunohistoquímica fueron positivos para CK8 y negativos para receptores de progesterona y vimentina. La lesión descrita en el fondo uterino correspondió a una neoplasia maligna de estirpe epitelial que invadía el tercio interno del miometrio formada por glándulas irregulares dispuestas “espalda con espalda” y papilas con ejes fibrovasculares, cubiertas por células columnares estratificadas, con núcleos de cromatina gruesa, ligeramente pleomórficos con pérdida de la relación núcleo-citoplasma y escasas mitosis atípicas, la inmunohistoquímica resultó positiva para receptores de progesterona, vimentina y negativa para CK8. **Comentario:** en el aparato genital femenino, los TC afectan el ovario, útero y cérvix, en orden decreciente de frecuencia. En el útero, el carcinoma endometriode es el mas frecuente, sobre todo asociado con neoplasias mesenquimatosas como el sarcoma del estroma endometrial. La edad de presentación oscila entre la 5ª y 7ª décadas de la vida. Este caso muestra la asociación entre dos neoplasias de estirpe epitelial en una mujer joven, lo que lo hace excepcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lam KY, Khon US, Cheung A. Collision of endometrioid carcinoma and stromal sarcoma of the uterus. *Int Gynecol Pathol.* 1999;18:77-81.
2. Gaertner E, Farley JH, Taylor RR, et al. Collision uterine rhabdoid tumor and endometrioid adenocarcinoma. *Int Gynecol Pathol* 1999;18:396-401.
3. Patward H , Gadgil RN. Collision tumors in the uterus, *Indian J Cancer* 1969;6:194-7.

Enfermedad de Castleman asociada a neoplasias hematolinfoides. Experiencia del Hospital General de México, OD

Mónica B Romero Guadarrama, Marco A. Durán Padilla, Ma. Mercedes Hernández González, M. Hernández Sánchez

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

Introducción: la enfermedad de Castleman (EC) descrita en 1956 por el Dr. Benjamin Castleman es una entidad clínico-patológica de etiología desconocida, poco frecuente que incluye tres subtipos histológicos: la forma localizada hialino-vascular y la rica en células plasmáticas multicéntrica y la recientemente descrita variante mixta. La EC se ha asociado a neoplasias hematolinfoides, sarcoma de Kaposi, infección por HHV-8 (virus herpes humano tipo 8) y al virus de la inmunodeficiencia humana. **Objetivo:** el objetivo del presente trabajo es conocer la asociación de EC y neoplasias linfoides en el material de patología quirúrgica, de la unidad de Patología del Hospital General de México, OD y Facultad de Medicina UNAM. **Material y métodos:** se estudiaron 22 pacientes con diagnóstico de EC en pacientes inmunocompetentes de enero de 2002 a junio de 2008. Se obtuvo del expediente clínico las siguientes variables: sexo, edad, tiempo de evolución, síntomas asociados y tipo histológico de EC, neoplasia asociada y seguimiento clínico. Se estudiaron los cortes histológicos, las reacciones de inmunohistoquímica efectuadas y las biopsias de médula ósea de los casos a los que se efectuó. **Resultados:** de los 22 pacientes con EC cinco se asociaron a neoplasias

hematolinfoides como: sarcoma de células dendrítico foliculares, plasmacitoma, linfoma de Hodgkin, leucemia linfoblástica B y micosis fungoides. Tres fueron mujeres de 9,23 y 63 años de edad y dos hombres de 27 y 34 años de edad. Los tipos histológicos de EC asociados a neoplasias fueron dos casos de tipo rica en células plasmáticas, dos fueron tipo hialino-vascular y un caso fue la variante mixta. **Conclusiones:** la EC es rara en nuestro medio 22 casos en 5 años y medio . En cinco casos se encontró asociación de esta rara enfermedad con diferentes neoplasias hematolinfoides, en pacientes inmunocompetentes, los ganglios linfáticos afectados fueron ganglios cervicales. Aunque no se conoce bien la etiología de la EC, hay reportes en la literatura de la asociación con virus herpes humano tipo 8, sobre todo en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Sería importante conocer si en nuestros pacientes hay asociación de virus herpes humano 8 y EC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gould SF, Diss T, Issacson PG. Multi-centric Castleman's disease in association with a solitary plasmacytoma: a case report. *Histopatol* 1990;17:135-40.
2. Ming-Qing Du, Hongxiang Liu, Tim C Diss, Hogtao Ye, et al. Kaposi sarcoma-associated herpesvirus infects monotypic but polyclonal naïve B cells in Castleman disease and associated lymphoproliferative disorders. *Blood* 2001;97:2130-40.

Arrenoblastoma (tumor de Sertoli-Leydig) reporte de un caso y revisión de la literatura

Jorge E. Fuentes Aguilar, Adriana Santos Lartigue, Mayra E. Pérez Rosas, Amparo Lomas Flores, Antonio César Escobar Moreno

Caso clínico: mujer de 16 años de edad, residente de Guadalupe Nuevo León, estudiante. Sin antecedentes personales patológicos de importancia, inicia su padecimiento desde junio 2008, con saciedad temprana, anorexia, aumento de volumen abdominal y pérdida de peso de aproximadamente 15 kg en 1 mes, acompañada de distensión abdominal y dolor lumbar de leve a moderada intensidad. ECO Abdominal: Reporto tumor mixto dependiente de ovario. Presentación clínica de tumor de células de Sertoli-Leydig. Se Realizo LAPE, con resección de Ovario Izquierdo, cuña de ovario derecho y liquido de ascitis. **Discusión:** tumor de células de Sertoli-Leydig (Arrenoblastoma, androblastoma), Tumor raro menor al 0.5% de las neoplasias de ovario, con una incidencia entre 23 y 25 años, 1/3 de los casos desarrolla virilización, Casi siempre es unilateral (95%),son sólidos o solido quísticos, microscópicamente, es una neoplasia compuesta por células de Sertoli, y elementos de diferenciación estromal, incluyendo células de Leydig, que se encuentran en proporciones variables, y con diferentes grados de maduración IHQ: Positivos para: vimentina, alpha inhibina, EMA, cromogranina Ck7 Ck20, alfafetoproteína Pronostico: el promedio de sobrevida es de acuerdo al grado de diferenciación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosai J. Female reproductive system. In Ackerman's Surgical Pathology. Eighth edition. Vol. 2. Chap. 19:1513-8. Mosby-Year book. St. Louis. Young RH; Scully RE.
2. Sex cord-stromal, Steroid cell, and other ovaries tumors with endocrine, paraendocrine and paraneoplastic

manifestations. In Blaustein's pathology of the female genital tract. Fourth edition. 803-14. R.J. Kurmann. Spingler Verlag. New York.

3. Young RH, Clement PB, Scully RE. The ovary. In Diagnostic Surgical Pathology. Third edition. Vol. 2. Chap. 54:2351-4. Sternberg, Philadelphia.

Cordoma condroide del clivus. Informe de un caso

Enrique Bárcenas M Murguía, A. Escobar Sanchez, M. Pérezpeña Diazconti, G. Ramón García, Pedro Valencia Mayoral

Departamento de Patología, Hospital Infantil de Mexico Federico Gómez

Introducción: los cordomas, son neoplasias que se originan de remanentes de la notocorda. La mayoría se presentan en la región sacrococcígea (5ª y 6ª décadas) y en el área esfenoccipital (niños y adolescentes). La variedad condroide, es rara, se caracteriza por la presencia de numerosos focos de cartilago maduro o inmaduro, positividad para marcadores epiteliales como citoqueratinas y antígeno epitelial de membrana y mejor pronóstico que el cordoma convencional. Informar un caso de un cordoma condroide del clivus en una paciente de 17 años.

Presentación del caso: femenino de 17 años de edad, sin antecedentes de importancia. Presentó cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por crisis oculológicas, trastornos de la marcha, cefalea y vértigo. Los estudios de imagen (Tomografía axial computarizada e Imagen de resonancia magnética), mostraron un tumor localizado en la base del cráneo en la porción lateral del clivus. Con estos hallazgos se realizó excisión total del tumor. La paciente se encuentra sintomática un mes después de la

cirugía. El producto de la resección, estuvo constituido por varios fragmentos de tejido que en conjunto pesaron 200 g y midieron 11 x 11 x 6 cm, blanco grisáceos, de aspecto mixoide y consistencia variable. Los cortes histológicos teñidos con hematoxilina y eosina, mostraron una neoplasia constituida por células de citoplasma amplio vacuolado y núcleos vesiculosos (células fisalíferas), entre las células había estroma mixoide y focos de cartilago inmaduro. Las células neoplásicas fueron positivas para citoqueratina y antígeno epitelial de membrana. El diagnóstico definitivo fue de cordoma condroide. **Discusión:** el cordoma condroide, es una entidad controversial ya que algunos autores consideran que se trata de un condrosarcoma, éstos son excepcionales en los niños y en los adolescentes. Sin embargo, debido a las características morfológicas y a su histogénesis, deben considerarse en el diagnóstico diferencial neoplasias cartilaginosas benignas y malignas, por otra parte, el diagnóstico de cordoma condroide debe hacerse con base en las características clínicas como edad del paciente, localización, características radiológicas, presencia de células fisalíferas (remanentes de la notocorda) e inmunofenotipo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenberg AE, Brown GA, Bhan AK, Lee MJ. Chondroidchordoma a variant of chordoma. A morphologic and immunohistochemical study. Am J Clin Pathol 1994;101:36-41.
2. Rutherford GS, Davies AG. Chordoma ultrastructure and immunohistochemistry. A case report based on the examination of six cases. Histopathology 1987;11:775-87.

Hallazgos ultraestructurales en el hígado de niños con esteatohepatitis no alcohólica, experiencia del Hospital Infantil de México Federico Gómez

A. S. Leviz, C. M. Rodríguez Treviño, ** S. Villalpando Carrión, ** M. Perezpeña-Diazconti, * A Escobar Sánchez, * C. Serrano Bello, * Pedro Valencia Mayoral*

* Departamento de Patología

** Departamento de Nutrición y Gastroenterología
Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: en 1980 Ludwig acuñó el término de esteatohepatitis no alcohólica NASH (por sus siglas en inglés, nonalcoholic steatohepatitis) a un síndrome clínico patológico en personas con obesidad y diabetes mellitus, sin consumo de alcohol, que presentaban cambios histológicos de esteatosis macrovesicular, necrosis hepatocelular, infiltrado inflamatorio mixto, grados diversos de fibrosis con cuerpos de Mallory, similares a los de la hepatitis alcohólica. Actualmente se acepta que la esteatosis constituye la lesión primordial del NASH debida a tres mecanismos conocidos actualmente que son: la hiperinsulinemia, la insulinoresistencia, la formación de radicales libres del oxígeno (ROS) a partir de la peroxidación de la grasa, y la liberación de determinadas citocinas proinflamatorias, sin embargo la descripción ultraestructural se limita a señalar la presencia de megamitocondrias con rearrreglo paracrystalino de las crestas. **Objetivo:** describir las principales alteraciones ultraestructurales hepáticas en niños con diagnóstico clínico e histopatológico de NASH. **Material y métodos:**

biopsias de hígado con el diagnóstico histopatológico de NASH en el periodo (2005-2008) a las cuales se realizaron microscopia electrónica (postfijación con tetraóxido de osmio + ferrocianuro de potasio, inclusión en resina Epóxica y cortes semifinos y ultrafinos). **Resultados:** se estudiaron once casos que mostraron los siguientes hallazgos ultraestructurales en grados variables: variación en el tipo y componente de los lípidos desde grasas neutras, hasta combinaciones de fosfolípidos, cristales de colesterol, fusión de microvesículas de lípidos para formar macrovesículas; glucógeno en grado variable tanto citoplasmico como intranuclear; unidades simples de membrana; disminución de peroxisomas; el retículo endoplásmico rugoso y el liso mostraron grados variables de dilatación. El pleomorfismo mitocondrial y las megamitocondrias se apreciaron en cantidad y extensión también variables. **Conclusiones:** nuestros resultados sugieren que todos estos cambios pueden estar relacionados con la alteración de mecanismos de óxido-reducción de las grasas lo que apoya la teoría que postula que esta entidad es probablemente una alteración primaria más que un fenómeno adaptativo, además los hallazgos descritos en las mitocondrias juega un papel central en el desarrollo del NASH.

Angiosarcoma intracardiaco. Presentación de un caso

Griselda Martínez Salazar, * Nancy E. Guzmán Delgado, * Diana González Cabello, * Tania Denisse Quintero Valenzuela**

* Médico adscrito de Patología

*RII de Anatomía Patológica
UMAE 34, IMSS. Monterrey, NL

Introducción: el angiosarcoma representa el tumor cardíaco primario maligno más frecuente (19%). Con predominio en varones jóvenes.¹ Son masas grandes, heterogéneas con necrosis y hemorragia, afecta cavidades derechas, destruye válvulas y se puede extender a grandes vasos.² Los síntomas son inespecíficos, con diagnóstico tardío y mal pronóstico. La terapéutica temprana (quimioterapia, radioterapia, cirugía) pueden incrementar la sobrevida.³ Analizar los tumores cardíacos primarios, tratamiento y pronóstico. **Caso clínico:** mujer de 42 años, inicia en enero del 2008, ataque al estado general, fiebre, disnea de medianos esfuerzos evolucionando a disnea paroxística nocturna. EF: Soplo eyectivo intenso III/VI en foco mitro aórtico. EKG: BIRDHH. Cardiomegalia grado III. ETT (16 julio 08). 1. Masa ventricular derecha, de 41x25mm, ovoide, fija a pared libre del ventrículo. 2. Masa auricular izquierda, de 50x20mm, heterogénea con pedículo ancho en septum interauricular, hipermóvil que protruye a ventrículo izquierdo con estenosis dinámica, infiltrar a orejuela derecha. 3. Masa ventricular izquierda de 64x25mm, ovoide, bordes regulares, heterogénea, fija a septum Interventricular apical y se introduce a aorta. **Diagnóstico:** sarcoma epitelioides de alto grado de malignidad. Patrón inmunohistoquímico positivo para angiosarcoma. **Discusión:** el realizar tempranamente diagnóstico histológico de sarcomas cardíacos con apoyo de inmunohistoquímica puede brindar una mejoría en la sobrevida, usando quimioterapéuticos específicos.³

REFERENCIAS

1. Angiosarcomas cardíacos: Implicación diagnóstica, pronóstico y terapéutica. *Rev Argent Cardiol* 2007; vol. 75.
2. Cardiac angiosarcoma. *Radiographics* 2003;23:S141-S145.
3. Angiosarcoma cardíaco. Cuatro años de supervivencia. *Rev Esp Cardiol* 2005.

Tumor sincrónico (ovario/endometrio) y síndrome de Lynch

Sonia Tavares García, Héctor Martínez Gómez, Isabel Alvarado Cabrero, Blandina Hernandez

Introducción: el cáncer sincrónico endometrio/ovario es poco frecuente. Coexisten en el 5% en cáncer endometrial y en el 10% en cáncer de ovario. En 1949 Munell y Taylor reportaron una incidencia de 14.7%. Czernobilsky reportó el 14.6%, y Scully el 29.4%, quien en 1998, detalla los criterios para cáncer sincrónico en base a características clínico patológicas. Presentación de un caso Síndrome de Lynch (SL) y carcinoma sincrónico ovario/endometrio, y revisión de la literatura. **Caso clínico:** femenino de 40 años de edad, con antecedente de SL., con tratamiento adyuvante. Presento cuadro de suboclusión intestinal, se realizó TAC con hallazgo de tumor quístico en pelvis que comprime vasos linfáticos, dependiente de anexo derecho. Se realizó LAPE con estudio transoperatorio reportando carcinoma seroso papilar de ovario. Reporte histopatológico y de inmunohistoquímica: ovario derecho, cistoadenocarcinoma endometrioide bien diferenciado con metaplasia escamosa y adenocarcinoma de endometrio de tipo endometrioide G1. **Discusión:** el cáncer (ca) sincrónico

primario de endometrio y ovario se presenta en el 10% de las mujeres con ca de ovario y en el 5% de las mujeres con ca de endometrio Los carcinomas sincrónicos ovario/endometrio pueden ser parte del síndrome de ca colorectal no polipósico hereditario, secundarios a inestabilidad microsatélite en el 7%. SL presenta un riesgo 40-60% para desarrollo de Ca endometrial, y 10-12% para Ca de ovario. Son neoplasias que se presentan en estadios clínicos tempranos y de bajo grado histológico, por lo que presentan excelente pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Int J Gynecol Oncology* 2008;18:159-64.
2. *J Clinical Oncology* 2005;23(36):93-44.
3. *Human Pathology* 2005;36(6):605-19.
4. *Human Pathology* 2004;35(12):1484-93.

Carcinoma sebáceo extraocular altamente agresivo de región inguinal izquierda con enfermedad metastásica diseminada. Presentación de un caso de autopsia y revisión de la literatura

María Magdalena Reyes Castro, Ana María González Hernández, Sara Parraguirre Martínez, María del Rocío Estrada Hernández

Caso clínico: hombre de 48 años con padecimiento de 7 años de evolución caracterizado por nódulo pequeño en región inguinal izquierda, que fue creciendo hasta alcanzar un gran tamaño y ulcerarse. Se hospitalizó y se tomó biopsia que reportó carcinoma de glándulas sebáceas. Recibió quimioterapia y se dio de alta. Su padecimiento final lo inició 5 días

previos a su ingreso con ataque l estado general e hipercalcemia, cursó con deterioro hemodinámico, respiratorio y neurológico. La evolución fue tórpida y presentó paro cardiorrespiratorio. **Hallazgos anatomopatológicos:** tumor en ingle izquierda de 10 x 4.3 x 3 cm exofítica, ulcerada de bordes irregulares, con lesiones satélites en muslo. Se encontraron lesiones nodulares diseminadas en los siguientes órganos: pulmones, mesenterio, colon, hígado, ganglios peripancreáticos, suprarrenales, aorta abdominal, riñón izquierdo y vejiga. Al estudio histológico se observó una lesión proliferativa epitelial constituida por lóbulos, nidos y cordones de células atípicas, pleomórficas, poco diferenciadas entre las que se identificaron células con citoplasma de aspecto vacuolado o espumoso. **Discusión:** el carcinoma sebáceo extraocular (CSE) es una neoplasia poco frecuente generalmente localizada en cabeza y cuello en pacientes de edad avanzada. El CSE ha sido tradicionalmente considerada una neoplasia menos agresiva que su contraparte ocular, la revisión de la literatura demuestra que esta neoplasia puede también diseminarse y dar metástasis, aunque ejemplos de casos diseminados hay muy pocos pero se han reportado casos en los que el CSE tiene la capacidad de metastatizar y causar la muerte. Entre sus caracteres clínicos conviene resaltar el que las formas extraoculares no abarcan más del 25% de todos los casos de carcinoma sebáceo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conil C, Toscas I, Morrilla I, Mascaro JMJR. Carcinoma sebáceo extraocu-

- lar? British Journal of Dermatology 2003;149(2).
2. Flores-Villa R, Magaña M. Carcinoma sebáceo extraoculor. Actas de Dermatología 2002;2(3 y 4):54-56.
 3. Moreno C, Jacyk MD. Highly aggressive extraocular sebaceous carcinoma. The American Journal of Dermatopathology 2001;23(5):450-5.
 4. Wick MR, Goellner JR, Wolfe JT 3rd, Su WP. Extraocular Sebaceous Carcinomas. Cancer 1985;56(5):1163-72.

Sarcoma sinovial intraabdominal con metástasis a pulmón, reporte de un caso y revisión de la literatura

Sara Parraguirre Martínez, Elio Germán Recinos Carrera, Jorge Alberto Robles Aviña, Jorge Albores Saavedra, Óscar Díaz Flores, Lizbeth Castro Pérez, Brenda González Sánchez, Ana Lilia Morales Leyte
Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA. Patología Cirugía Oncológica, Hospital Médica Sur

Caso clínico: hombre de 44 años de edad, con antecedente de hospitalización por pancreatitis en octubre de 2008, que reingresó en noviembre del mismo año por pancreatitis e ictericia obstructiva. Se realizó TAC toraco-abdominal con reporte de masa con densidad heterogénea en lóbulo inferior de pulmón izquierdo, páncreas heterogéneo, aumentado de tamaño a nivel de cabeza y proceso uncinado. Se realizó enucleación de tumor de cabeza de páncreas y posteriormente del lóbulo pulmonar inferior izquierdo. En patología se recibe lesión de páncreas ovoide de 3x2.2x1.3cm, quística, uniloculada, café clara con áreas café oscuras anfractuadas. La cavidad quística de 2.7cm, con una superficie café clara, trabeculada con estructuras de apariencia polipoide. En los cortes

con H y E se observa una neoplasia maligna dispuesta en haces cortos y patrón hemangiopericitoide constituida por células de núcleos ovoides, con cromatina finamente granular y citoplasma escaso. Se realizó inmunohistoquímica para BCL2: ++, CD99: +, Antígeno de membrana epitelial: ++, Desmina: +, Actina de músculo liso focal +. CD34, S-100, CD 117 y coctel de Citoqueratinas: negativos. Se realizó el diagnóstico de Sarcoma Sinovial monofásico. El segmento de pulmón de 11x7x5.5 cm. irregular, pleura visceral violácea, con áreas amarillas y puntillado vinoso; al corte presenta una lesión de 5.5 cm. de eje mayor, ovoide, café clara, blanquecina, carnosa y blanda. La imagen histológica es similar a la del páncreas, se integra el diagnóstico de sarcoma sinovial monofásico, metastásico. **Discusión:** en 1927 Smith uso el término de sinovioma y Hajdu acuñó el término de sarcoma tendosinovial para referirse a esta neoplasia maligna. El sarcoma sinovial ocupa el 5-10% de todos los sarcomas de tejidos blandos, prevalece en adolescentes y adultos jóvenes entre 15-40 años, afecta más a los hombres que a las mujeres. Histológicamente se clasifica en dos categorías: bifásico y monofásico, la característica que ambos comparten es la presencia de células en huso; el tipo bifásico además esta compuesto por células epiteliales. Expresa en un 97% de los casos antígeno de membrana epitelial entre otros marcadores. La alteración molecular es en la transcripción de los genes SYT-SSX. El 80% recurre, las metástasis se localizan en pulmón, ganglios linfáticos y hueso. La sobrevivida a 5 años es del 36-76%. La presentación de este caso es la baja

frecuencia del sarcoma sinovial en cavidad abdominal que en algunas series se reporta del 3.7%. Actualmente el paciente se encuentra estable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weiss SW, Goldblum JR. Soft tissue tumors, 5th ed. USA: Mosby Elsevier, 2008;pp:1161-82.
2. Fisher C, Flope AL, Hashimoto H, Weiss SW. Intra-abdominal synovial sarcoma: a clinicopathological study. Histopathology 2004;45(3):245-53.
3. Kasai T, Shimajiri S. Detection of SYT-SSX fusion transcripts in both epithelial and spindle cell areas of biphasic synovial sarcoma using laser capture microdissection. Brt Med J 2000;53(2):107-10.

Protothecosis diseminada. Reporte del segundo caso pediátrico en México

Jesús González Guzmán, Nadia J Gómez Hernández, Ma. Concepción Tello Zavala

Facultad de Medicina, UASLP. Departamento de Patología, Hospital Central de SLP

Introducción: la protothecosis es una infección poco común en humanos, causada por una alga aclorofílica del género Prototheca, difiere de los hongos por ausencia de glucosamina en su pared. Es introducida por inoculación traumática, se describen tres formas: cutánea, bursitis del olecranon y diseminada. **Caso clínico:** niña de 2 años 7 meses; esquema de vacunación completo, desarrollo psicomotor normal, adecuados hábitos higiénico-dietéticos. Inicia el padecimiento 6 semanas antes con obstrucción nasal por lesión en fosa nasal izquierda, posteriormente lesión ulcerada, eritematosa, esca-

mosa en ala nasal, mentón y absceso submentoniano, acude con otorrinolaringólogos quienes la envían con diagnóstico de probable granuloma y absceso tuberculosos. Exploración física: lesiones nodulares en mentón, antebrazo, muslo, glúteo y pantorrilla. Se realiza drenaje del absceso submentoniano y tinción de gram observándose formas levaduriformes e imágenes sugestivas de *Prototheca*. Se hospitaliza para toma de biopsia, se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal mas gentamicina. La biopsia revela imágenes sugestivas de *Prototheca wickerhamii*. **Discusión:** la protothecosis diseminada es rara en pacientes inmunocompetentes, se han descrito en trasplantados, SIDA y cancer. El diagnóstico se hace por identificación morfológica. En México hay una descripción de un recién nacido prematuro con una protothecosis valvular cardiaca. Después de una exhaustiva revisión concluimos que es el primer caso reportado de protothecosis diseminada en pediatría en nuestro país.

Estudio clínico-patológico de 25 casos de tumor de Warthin en el Hospital General de México

José Cruz Torres Lucatero, Minerva Lazos Ochoa, Leonora Chávez Mercado, Ludwig González Mena
Hospital General de México OD.
Facultad de Medicina, UNAM

Antecedentes: el tumor de Warthin (TW) es la segunda neoplasia benigna más frecuente de las glándulas salivales, con localización casi exclusiva en la glándula parótida; se presenta principalmente de la 5-7ª década de la vida y existe ligero predominio por el sexo masculino. Histológicamen-

te se compone de áreas quísticas y áreas solidas que forman estructuras papilares delimitadas por un epitelio de células cilíndricas con citoplasma eosinófilo, finamente granular, además de una capa de células basales y un estroma de tejido linfoide usualmente con centros germinales. El pronóstico es excelente después de la resección quirúrgica con frecuencia recurrencia muy baja (2-5%). **Objetivos:** conocer la frecuencia, características clínicas y anatomopatológicas del TW en el Hospital General de México. **Material y métodos:** del archivo de patología quirúrgica se seleccionaron los casos diagnosticados como TW en un período de 5 años comprendido entre 2003 y 2008. Del expediente clínico se obtuvieron las siguientes variables: edad, sexo, antecedente de tabaquismo, diagnóstico clínico, tratamiento, evolución, tamaño, lado, localización. De cada caso se obtuvieron las laminillas teñidas con HE, se comprobó el diagnóstico y se clasificaron de acuerdo a los criterios de Seifert. **Resultados:** en ese período se encontraron 27 casos diagnosticados como TW, de ellos se descartaron 3 porque no se comprobó el diagnóstico; un caso correspondió a un quiste linfopitelial y dos a sialadenitis crónica con metaplasia. De los 24 casos restantes, 15 fueron hombres y 9 mujeres con una relación hombre mujer de 1.6:1; el promedio de edad fue de 60 y 44 años en hombres y mujeres respectivamente. En los varones el 100% de los casos tenía antecedente de tabaquismo a diferencia de las mujeres que solo el 37% tuvieron este antecedente. El tiempo evolución fue en promedio de 17 meses. En cuanto a la clasificación, 14 fueron tipo I (58%), 2 tipo II (8%), 4 tipo III (17%) y 4 tipo IV (17%).

Todos los casos se presentaron en la glándula parótida y el 70% en el lado izquierdo. Ningún caso fue bilateral o múltiple. El tamaño osciló entre 7.6 x 6 cm y 1.5 x 1 cm, con promedio de 4.5 x 3.5 cm. Además, se encontró un caso de TW maligno asociado con carcinoma mucoepidermoide. **Conclusiones:** como se menciona en la literatura, la frecuencia de TW sigue siendo mayor en hombres que en mujeres. La diferencia en frecuencia entre ambos sexos cada vez es menor a pesar de que el tabaquismo sigue siendo bajo en las mujeres. La edad de presentación es menor en mujeres y es mucho más frecuente en la glándula parótida izquierda. En cuanto a los tipos, se encontró un porcentaje más alto en los tipos III y IV a diferencia de lo descrito en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, et al. Warthin tumour. WHO Classification Head and Neck Tumours 2005:263-5.
2. Teymoortash A, Krasnewicz Y, Werner JA. Clinical features of cystadenolymphoma (Warthin's tumor) of the parotid gland: A retrospective comparative study of 96 cases. Oral Oncology 2006;42:569-73.

Mixoma de la aurícula derecha con elementos glandulares. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura

Luis Antonio Sepúlveda Rodríguez, Oralia Barboza Quintana, Jesús Ancer Rodríguez, Francisco Hernández Batres, Juan Pablo Flores Gutiérrez, Felipe Rendón, Gabriela Alarcón Galván

Introducción: el mixoma cardiaco es el tumor primario más común

del corazón. Su localización ha sido descrita en las cuatro cavidades cardíacas, originándose principalmente en la aurícula izquierda hasta en más de un 80% de los casos. La imagen microscópica es típica y no representa un reto para los patólogos quirúrgicos. En algunas ocasiones esta lesión puede presentar estructuras poco convencionales que despierten duda diagnóstica. Difundir el conocimiento de esta rara variedad histológica y tomarla en cuenta en el diagnóstico diferencial de una metástasis de adenocarcinoma y evitar una mal interpretación. Se recabaron los datos de la información clínica, la ecografía, examen macroscópico, así como las laminillas de hematoxilina y eosina del caso, además se realizaron estudios de histoquímica e inmunohistoquímica. **Caso clínico:** femenina de 42 años, ECO cardíaco con masa vasculante que protruye hacia la válvula tricúspide. Se observó un tejido mixoide de 6.2cm que al examen con HyE mostró componente glandular de tipo intestinal, positividad para tinción de Pas y para los marcadores de citoqueratina genérica, antígeno de membrana epitelial y antígeno carcinoembrionario. El marcador para CD34 resaltó la presencia de abundantes vasos sanguíneos. **Discusión:** el mixoma cardíaco es un tumor raro y la presencia del componente glandular se presenta en el 3% de estos, debemos tener en cuenta la existencia de esta entidad y evitar errores diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pucci A, Gagliardotto P, Zanini C, Pansini S, di Summa M, Mollo F. Histopathologic and clinical characte-

rization of cardiac myxoma: a review of 53 cases from a single institution. Am Heart J 2000;140:134-8.

2. Liu Y, Xu ML. Cardiac myxoma with glandular component: case report. Chin Med J (Engl) 2006;20119(2):174-6.

Paraganglioma retroperitoneal con invasión a vena cava. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Griselda Martínez Salazar, Nancy E. Guzmán Delgado,* Diana González Cabello,* Carlos A. Cázares Flores***

* Médico adscrito de Patología

** RII de Anatomía Patológica

Departamento de Anatomía Patológica, UMAE 34, IMSS. Monterrey, NL

Introducción: los paragangliomas son neoplasias neuroendocrinas poco frecuentes, la incidencia anual es del 0.2 a 0.5 casos por 100,000 habitantes.¹ Son mas frecuentes en niños que en adultos.² Crecen lentamente, causan efecto de masa y el 3 al 10% pueden infiltrar localmente. Su localización en cauda equina y vasos ilíacos es poco común.¹ Los de localización retroperitoneal pueden presentar metástasis en un 3% a ganglios linfáticos, huesos, pulmón e hígado.^{1,2} Su curso clínico es impredecible. La cantidad de proteína S-100 que contengan como sustentación puede indicar el grado de potencialidad metastásica.¹ Revisión de histología, inmunohistoquímica y ultraestructura de los Paragangliomas. **Caso clínico:** mujer de 21 años, portadora de LES de 6 años de evolución. Hipertensión arterial secundaria. Ingresa por dolor tipo cólico, localizado en mesogastrio y ataque al estado general. EF: Masa abdominal, indurada, no pulsátil. TAC: Masa retroperitoneal a nivel

de bifurcación aortica con extensión hasta vasos pélvicos e intracava. Angioresonancia magnética: Masa dependiente de cadena paragangliomática abdominal de 11x8x6cm y tumor intracava de 3x2x1.5cm. Resección quirúrgica de ambas lesiones. Dx: Paraganglioma retroperitoneal con infiltración neoplásica a vena cava. **Discusión:** el carácter esporádico de los paragangliomas en esta región anatómica y la presentación poco usual obliga a tenerlos en mente para el diagnóstico diferencial de otras neoplasias y hacer un análisis Inmunohistoquímico por su comportamiento incierto.^{1,2}

REFERENCIAS

1. Paraganglioma de la arteria ilíaca común derecha. Reporte de un caso. Cir Ciruj 2004;72:55-58.
2. Malignant retroperitoneal paraganglioma: case report. Pediatric Hematology and Oncology 2004;21:731-8.

Leiomioma cotiledonoide. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Liliana Isabel Luna García, Miguel Isaías paredes Serrano, Sergio Maya

Introducción: el leiomioma cotiledonoide disecante (LCD) es una variante infrecuente de leiomioma uterino descrito en 1996, caracterizado por crecimiento exofítico de músculo liso que hace prominencia desde la superficie lateral uterina hacia el ligamento ancho y la cavidad pélvica y que se continúa con un componente disecante de la pared miometrial. El objetivo es la presentación de una lesión benigna y poco frecuente del miometrio. **Caso**

clínico: se recibió material de revisión de un tumor uterino extirpado a una paciente de 20 años de edad. En los cortes histológicos se observó proliferación nodular de músculo liso con zonas de degeneración quística e hidrópica, que disecaban la pared uterina, sin necrosis, mitosis ni atipia. Se hizo el diagnóstico de leiomioma cotiledonoide disecante. **Discusión:** las manifestaciones clínicas más frecuentes del LCD son hemorragia uterina anormal y masa pélvica. A pesar del aspecto alarmante de estos tumores, su comportamiento es benigno, por lo que es importante llegar a un diagnóstico correcto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clement PB, Young RH, Scully RE. Diffuse, perinodular, and other patterns of hydropic degeneration within and adjacent to uterine leiomyomas: problems in differential diagnosis. *Am J Surg Pathol* 1992;16:26-32.
2. Roth LM, Reed RJ. Dissecting leiomyomas of the uterus other than cotyledonoid dissecting leiomyomas: a report of eight cases. *Am J Surg Pathol* 1999;23:1032-9.
3. Marquina I. Leiomioma cotiledonoide disecante del útero. A propósito de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Esp Patol* 2005;38(4):243-6.

Metaplasia ósea del endometrio. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Liliana Isabel Luna García, Miguel Isaías Paredes Serrano, Rafael Sánchez Usabiaga

Introducción: la osificación endometrial es un padecimiento reproductivo raro; hasta el 2001 se habían reportado 60 casos en todo el mundo. La mayoría de las pacientes (hasta el 80%) sufre infertilidad secundaria y antecedentes de pérdida gestacional.

El objetivo es presentar un padecimiento endometrial poco común. **Caso clínico:** se recibió una biopsia endometrial con el diagnóstico clínico de metaplasia ósea; consistió en varios fragmentos irregulares y duros de tejido café rojizo, que se procesaron previa descalcificación. Al examen microscópico se observaron trabéculas óseas mineralizadas rodeadas de mucosa endometrial con cambios proliferativos. **Discusión:** se han propuesto varias teorías para explicar este padecimiento, pero las más aceptadas son: metaplasia ósea originada a partir de células estromales, retención de partes fetales que estimula la osteogénesis del tejido endometrial, implantación y retención de tejido embrionario in tejido óseo en las pérdidas gestacionales tempranas, calcificación distrófica de tejido necrótico retenido después de legrado uterino instrumentado, inflamación endometrial crónica y enfermedades metabólicas. El tratamiento de esta enfermedad es variable, puede realizarse legrado uterino instrumentado, histerectomía o histeroscopia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bedaiwy MA, Goldberg JM, Biscotti CH. Recurrent osseous metaplasia of the cervix after loop electrosurgical excision. *Obstet Gynecol* 2001;98:968-70.
2. Nevarez BR, Vilchis NP, Kabli AA. Osificación endometrial: comunicación de cuatro casos y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:168-71.
3. García F, Kably A. Metaplasia ósea del endometrio como causa de infertilidad. Abordaje histeroscópico. *Gin Obstet Mex* 1999;67:37-41.

Correlación clínico-patológica de las autopsias realizadas durante 5 años en el Hospital Universitario de Monterrey, Nuevo León

María Victoria González Franco, Luis Ángel Ceceñas Falcón, Jesús Ancer Rodríguez

Introducción: la autopsia es un procedimiento básico en la enseñanza de la Medicina y en particular de la Anatomía Patológica. Su objetivo principal es determinar las causas de muerte, así como los factores contributivos y mecanismos subyacentes en el proceso final. Es un indicador mundial de la calidad de la medicina que se practica en un Hospital. **Objetivo:** conocer las patologías mas frecuentes en la población que acude al Hospital Universitario y que al fallecer se les realiza autopsia, así como correlacionar los diagnósticos clínicos con los diagnósticos finales anatomopatológicos. **Material y métodos:** se revisaron los protocolos de autopsias realizadas en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" y las clasificamos de acuerdo a sus diagnósticos principales, causa de muerte, edad y sexo de los pacientes, departamento solicitante del estudio y horas post-mortem. Comparamos los diagnósticos anatomopatológicos finales con los diagnósticos clínicos, estableciendo el porcentaje de diagnósticos concordantes e identificando las entidades patológicas más frecuentes. **Resultados:** se realizaron un total de 290 autopsias, el 50.3% fueron de adultos y el 49.6% fueron pediátricas. El 48% del sexo femenino y 52% del sexo masculino. Hubo concordancia clínico patológica en el 53%. **Conclusiones:** del total de autopsias que si tuvieron concordancia clínico patológica, las entidades patológicas mas frecuentes fueron: Neumonía 21.56%, Cardiopatías congénitas 11.76%, Malformaciones

congénitas 13.75%, Sepsis 9.80%, Neoplasias 9.80%, Tuberculosis 3.92%, VIH / SIDA 3.92%, Prematuridad 1.96%, Infecciones del SNC 1.96%, Enfermedades Crónicas degenerativas 1.96% y Otras causas el 19.6%. Se realizaron un total de 415 autopsias en un período de 5 años, se analizaron 290, el 50.3% adultos y el 49.6% pediátricas. Hubo concordancia clínico patológica en el 53% de los casos. Las entidades patológicas más frecuentes fueron: Neumonía, Malformaciones congénitas y Cardiopatías congénitas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Discrepancies between clinical and Autopsy diagnosis: A comparison of University, Community, and Private Autopsy practices. *Am J Clin Pathol* 2008;129(1):102-9.
2. Infectious Diseases Detected at Autopsy at an Urban Public Hospital 1996-2001. *Am J Clin Pathol* 2003;119(6):866-72.

Corangioma placentario. Reporte de un caso y revisión de la literatura

María Victoria González Franco, Marco Antonio Ponce Camacho, Jesús Ancer Rodríguez

Introducción: el corangioma placentario es el tumor no trofoblástico más frecuente de este órgano; y es una neoplasia benigna de estirpe vascular por muchos autores considerado como un hamartoma. Su incidencia real se desconoce, sin embargo es raro y algunos autores lo reportan en 1 por cada 3,500-9 mil nacimientos. La mayoría no dan sintomatología clínica y son diagnóstico incidental, sin embargo cuando es grande puede complicar el embarazo con hidramnios, hemorragia posparto, retraso en el crecimiento intrauterino,

insuficiencia cardíaca congestiva del producto, etcétera. Reportar un caso de corangioma placentario y revisar la literatura existente. **Caso clínico:** el caso clínico corresponde a una paciente de 29 años, sin antecedentes de importancia, quien cursa su quinta gesta sin complicaciones. Acude al servicio de Urgencias por trabajo de parto sin embargo durante la exploración fetal no se ausculta foco fetal; se realiza Ultrasonido obstétrico encontrando ausencia de latido fetal; además se observa imagen ecogénica de 3.6 x 3.2 cm, localizada en el lado derecho del disco placentario. Se realiza cesárea obteniendo producto obito del sexo femenino y placenta la cual se envía para estudio histopatológico. Al estudio macroscópico de la placenta se observó aumentada de tamaño y con pérdida de su arquitectura a expensas de un tumor de 4 x 3.5 cm que se encontraba lateral al cordón umbilical y que a las múltiples secciones era de aspecto vascular. El estudio microscópico reveló una tumoración benigna compuesta por vasos capilares bien diferenciados con endotelio rodeado por una red de tejido fibroso y células coriónicas, formando espacios con sangre fetal en su interior. **Discusión:** el diagnóstico histológico fue: Placenta del tercer trimestre del embarazo con Corangioma placentario de 4 centímetros de diámetro mayor. Se hace énfasis en la importancia del ultrasonido, siendo el Doppler el de mayor sensibilidad, para el diagnóstico oportuno de esta patología y del estudio histopatológico para su confirmación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dos casos de corangioma en el Hospital de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;06(3):197-203.

2. Best cases from AFIP: Placental chorioangiomas. *Radiographics*. 2007;27(4):1187-90.
3. A precarious pregnancy involving a patient with a large placental chorioangioma: a case report. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278(4):383-6.

Adenocarcinoma gástrico en niña de 15 años. Presentación de autopsia y revisión de la literatura

Fabiola Elizabeth Rodríguez Ramírez, Axel Ramírez Varela, Evelin Cortés Gutiérrez, Rafael Peñavera Hernández, Eva López Pérez, Guillermina Lara Cuervo
Hospital Juárez de México

Introducción: el Carcinoma gástrico (CG) representa el 0.05% de las neoplasias gastrointestinales pediátricas. La mutación E-cadherina/CDH1, el grupo sanguíneo O y A, la infección por *H. pylori* y virus del Epstein Barr son factores predisponentes. El CG se presenta principalmente en tercio medio gástrico como lesiones excavadas histológicamente de tipo difuso. El pronóstico en etapas avanzadas es peor que en ancianos. Describir el caso de una niña de 15 años con Adenocarcinoma gástrico y hallazgos de autopsia. **Caso clínico:** niña de 15 años con grupo sanguíneo A. Presentó cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por astenia, pérdida de peso de 15 Kg, dolor y distensión abdominal. Se realizó protocolo de estudio, entre ellos, LAPE diagnóstica y endoscopia con toma de biopsia y de líquido abdominal. Fallece 4 meses después del diagnóstico. Se realiza necropsia. Biopsia de epíplon con Adenocarcinoma moderadamente diferenciado y escasas células de Adenocarcinoma en el líquido abdominal. La biopsia gástrica endoscópica revela Adenocarcinoma gástrico difuso con células en anillo de sello. La necropsia

reveló Adenocarcinoma gástrico mixto tipo Linitis plástica con infiltración multiorgánica. **Discusión:** el CG en niños es raro y presenta comportamiento clínico agresivo. Desafortunadamente se diagnostica en etapas avanzadas, falleciendo poco tiempo después del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gastric Cancer 2004;7:178-82.
2. J Surg Oncol 1999;71:214-9.
3. Rev Gastroent Peru 1995;3:296-8.

Artropatía ocrónótica. Presentación de un caso

Ma. Eugenia Palmerín Bucio

Caso clínico: mujer de 63 años que inicio su padecimiento en 1998 con dolor de ambos miembros pélvicos acompañado de limitación funcional. Como hallazgo radiológico se encontró rigidez de columna lumbar diagnosticada como espondilitis anquilosante. A la exploración: miembros pélvicos con limitación funcional de 20 grados, dolorosa, flexión de 30 grados. Radiografía de cadera: compatibles con osteoartritis. Macroscópicamente la superficie articular, de la cabeza femoral presenta fisuras y pigmento negro. En la examinación histológica se observa pigmento café acumulado en la sinovial, cartilago, ligamentos, colágena y en las trabéculas óseas. La paciente proporciona 50 ml de orina, la cual, se expone al aire para su oxidación, y después de 24 horas toma un color negro. Actualmente presenta gonalgia bilateral tratada con terapia de rehabilitación. **Discusión:** la artropatía ocrónótica es una complicación de la Alcaptonuria, causada por la de-

ficiencia de la enzima oxidasa del ácido homogentísico. Se reporta una en un millón y el daño es irreversible. A esta paciente se le han realizado dos artroplastías de cadera derecha e izquierda en promedio de 5 años, y el daño que presenta en columna y rodillas es irreversible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joseph J Gaines Jr Human Pathology. 1989;20(1):40-46.
2. Péter Than, MD Multiple Familial Occurrence of Ochronotic Arthropathy. Orthopedics. 1998;21:590-2.
3. José L. Díaz Ramón Begoña Asegui-nolaza et al. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2005;96(8):525-8.

Iniencefalia. Presentación de cuatro casos de autopsias HGM

Yalibeth González Atencio, Valentín González Flores, Marco Antonio Durán Padilla, Juan E. Olvera Rabiela, Rosa María Vicuña González
Unidad de Patología, Hospital General de México. Facultad de Medicina, UNAM

Introducción: la iniencefalia es un defecto poco común del tubo neural de causa aun desconocida que combina una retroflexión cérvico-torácica acentuada, caracterizada por diversas anomalías vertebrales principalmente cervicales y dorsales como ausencia parcial o total de las mismas, fusión de algunas de ellas, aplasia o presencia de formas aberrantes retroflexión extrema de la cabeza con defectos graves de la espina dorsal, deficiencia del hueso occipital consistente en ausencia de la porción escamosa ensanchando el foramen magnum y raquisquisis, se da en etapas precoces del desarrollo

embrionario es poco frecuente y letal en la mayoría de los casos, tiene una incidencia de 1 en 1,000 y menos de 1 en 100,000 casos, predominante en el sexo femenino y se asocia a otras malformaciones como son anencefalia, cefalocoele, hidrocefalia, ciclopia, labio y paladar hendido, malformaciones cardiovasculares y gastrointestinales. En la literatura científica se han documentado poco más de 200 casos de iniencefalia. Presentar cuatro casos de autopsia de iniencefalia y sus variantes. **Casos clínicos:** se trata de un estudio de cuatro casos de autopsias realizados en el Hospital General de México en los años 1976, 1978, 2005 y 2008. En los cuatro casos referidos se realizó una metodología similar con la toma de fotografías e imágenes radiológicas y un examen macroscópico exhaustivo de las anomalías externas e internas asociadas. En los cuatro casos se recibieron los fetos con las características ya descritas de la iniencefalia, con ausencia de cuello y ausencia de vértebras cervicales y fusión de las existentes, así como malformaciones congénitas asociadas. **Discusión:** la iniencefalia es una malformación poco frecuente que con el examen macroscópico y radiológico debe realizarse el diagnóstico y poderlo diferenciar de otras malformaciones congénitas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Malformaciones congénitas, diagnóstico y manejo neonatal. Iniencefalia. Lin Invest Gin Obst 2006;33(4):130-9.
2. Rodríguez MM, Reik RA, Carreño TD, Fojaco RM. Cluster of Iniencephaly in Miami. Pediatr Pathol 1991;11(2):211-21.

MINICASOS

Tumor fibroso solitario de la meninge, presentación de un caso y revisión de la literatura

Rosa María Mejía Bañuelos, Raúl Garza Garza, Diana Reyes, Raúl Ramos

Caso clínico: masculino de 77 años sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento hace un año con episodios de cefalea intermitente. 2 meses previos a su ingreso presentó vértigo. Consulta con médico y se realizan estudios de imagen. Neurológicamente integro, Glasgow 14, fuerza muscular 5/5, Tórax y abdomen dentro de límites normales, EEG normal en vigilia y sueño superficial. RMN que muestra tumor parietal derecho probable meningioma. Durante la cirugía se observa tumoración firme que proviene del seno longitudinal superior y de la Oz del cerebro, macroscópicamente se reciben 2 fragmentos de tejido el mayor mide 6.4 x 4.8 x 2 cm, y el menor 4 x 3 x 2.7 cm. de superficie lisa de color café claro con vasos sanguíneos congestivos. A la sección es firme con superficie de corte homogénea. En BTO se diagnostica como Tumor meníngeo probable hemangiopericitoma o neoplasia fibrosa. En definitivo se observa una lesión constituida por una proliferación de células fusiformes dispuestas en fascículos, entremezclados con tejido conectivo denso, con zonas de hialinización. No se identifican zonas de necrosis, mitosis, ni atipia. Se realiza tinciones de inmunohistoquímica y resultó positiva para CD34, BCL-2 y Vimentina. Negativa para Factor VIII, S-100, Panqueratina y

Antígeno de Membrana Epitelial. Con estos hallazgos se diagnostica como un tumor fibroso solitario de la meninge. **Discusión:** el tumor fibroso solitario de la meninge es una neoplasia de origen mesenquimal constituida por células fusiformes. Fue descrito por primera vez en 1931 por Klemperer y Rabin con una localización típicamente pleural. Se han descrito casos de localización extrapleural: pericardio, peritoneo, mediastino, pulmón, hígado, cavidad nasal, tiroides y meninges. En 1996 Carneiro y cols describieron 7 casos de TFS meníngeo. La mayoría tienen características benignas. El diagnóstico se basa en la inmunohistoquímica ya que la radiología y la clínica pueden simular un meningioma. Las células son positivas para CD 34, Bcl-2 y negativo para EMA y S100. Tienen ligero predominio en hombres de la quinta década de la vida. En el análisis cromosómico se han descrito alteraciones como pérdida del cr. 3 y deleciones 3p21 p 26. El tratamiento es la resección total. Macroscópicamente el tamaño es de 6 a 7 cm, pero hay casos de hasta 30 cm, al corte son nodulares, blanquecinos, y pueden tener cambios mixoides, hemorragia y necrosis. Microscópicamente esta constituida por una proliferación de células fusiformes, dispuestas en fascículos, entremezclados con tejido conectivo denso, con zonas de hialinización. No se identifican zonas de necrosis, mitosis, ni atipia.

Enfermedad esclerosante relacionada con IgG4. Informe de un caso de autopsia

Belem Gabiño López, Minerva Lazos Ochoa

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

Introducción: la enfermedad esclerosante asociada a IgG 4 (EE 4) es un síndrome recientemente reconocido que se caracteriza por aumento sérico de IgG 4 y lesiones nodulares formadas por infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con células plasmáticas productoras de IgG 4 y esclerosis, localizadas en glándulas exocrinas o tejidos extraganglionares. Se presenta un caso de autopsia de EE4 estudiado en el Hospital General de México.

Resumen clínico: mujer de 50 años con pérdida ponderal de 2 kg en 1 mes, cinco días previos a su ingreso se agregó astenia, adinamia y debilidad generalizada. En la exploración física se detectó fiebre, sequedad de mucosas y obnubilación mental. Los exámenes de laboratorio informaron: Alb 1.5g/dl, Creatinina 4.2mg/dl, Na 183 mmol/L, Cl 159 mmol/L, Hb 10.7g/dl, Hto 30%. Desarrolló desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia renal aguda y datos de edema cerebral. Los diagnósticos clínicos finales fueron hipernatremia en estudio y falla orgánica múltiple.

Resumen de la autopsia: los pulmones, riñones y el páncreas presentaron nódulos de límites bien definidos, de color blanco amarillento, duros, que en promedio medían 2.8 cm de eje mayor. La tiroides estaba firmemente adherida a la tráquea y tejidos vecinos, medía 10 x 5 x 1.5 cm. y estaba substituida por tejido de característi-

cas similares a los nódulos descritos previamente. La glándula suprarrenal derecha estaba firmemente adherida a la cápsula renal, misma que estaba engrosada a expensas de tejido semejante al descrito con anterioridad, que también afectaba parcialmente los tejidos blandos retroperitoneales. Los ganglios linfáticos peritraqueales, cervicales, periaórticos y peripancreáticos estaban ligeramente aumentados de volumen, eran de consistencia ahulada y de color blanco nacarado. Microscópicamente todas las lesiones descritas eran semejantes. Estaban formadas por abundantes áreas de esclerosis que en algunos sitios formaba estructuras nodulares, con cantidades variables de infiltrado inflamatorio formado por macrófagos, linfocitos y células plasmáticas entre las que había fibroblastos de núcleo prominente. Se efectuaron reacciones de inmunohistoquímica en las que se observó positividad focal para IgG, IgG 4 e IgM. **Comentario:** la EE4 es mas común en varones que cursan la 4ª y 5ª décadas de la vida. Afecta pulmones, tiroides, riñones y ganglios linfáticos. Se asocia a pancreatitis, colangitis, dacroadenitis y sialadenitis esclerosantes así como a fibrosis retroperitoneal. En este caso, aunque se carece de la determinación serológica de Ig G4, se comprobó la presencia de este inmunorreactante en los tejidos.

REFERENCIAS

1. Check W, Yuen HK et al. Lymphadenopathy of IgG4 related sclerosing disease. *Am J Surg Pathol* 2008;32:671-81.
2. T Kamisawa. IgG4 related sclerosing disease. *World J Gastroenterol* 2008;25.

Sarcoma sinovial de amígdala. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Esther Gonzalez Conde, Ana Maria Cano Valdez, Hugo R. Dominguez Malagon, Ana G Puebla Mora
Instituto Nacional de Cancerología

El sarcoma sinovial (SS) representa el 10% de todas las neoplasias malignas de tejidos blandos. Aunque el segundo sitio de presentación es cabeza y cuello (CyC), existen pocos reportes de sitio primario en amígdala. Los autores presentan un caso de difícil diagnóstico de SS de amígdala y revisión de la literatura.

Conocer las dificultades histológicas que representa el SS para su diagnóstico en cabeza y cuello. Masculino de 30 años de edad con presencia de tumor en amígdala derecha, que provoca, disfonía, odinofagia, disfagia progresiva. La TAC mostró lesión en pared orofaríngea derecha. El análisis microscópico de revisión de laminillas mostró una lesión en patrón sólido, compuesta por células grandes, con escaso citoplasma, núcleos ovoides grandes, con cromatina fina, abundantes mitosis atípicas y vasos capilares dilatados. Los estudios de inmunohistoquímica resultaron positivos para vimentina, bcl-2 y EMA. El SS se presenta hasta en 10% en la región de CyC, afectando principalmente la región parafaríngea. El SS incluye dos subtipos histológicos principales: bifásico y monofásico. Los diagnósticos diferenciales incluyen carcinoma, melanoma, fibrosarcoma, hemangiopericitoma maligno, etc. El SS monofásico representa un reto al diagnóstico siendo necesario implementar técnicas adicionales de

inmunohistoquímica y moleculares. Su histogénesis aun es incierta y se le ha descrito en múltiples órganos. Se caracteriza por altas recurrencias a pesar de tratamiento multimodal. Debido a la presentación poco frecuente de esta lesión en amígdala y su evolución clínica desfavorable, es necesario conocer sus características histológicas para evitar un diagnóstico equivocado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Head Neck 2007;29:731-40.
2. Human Pathol 2000;31(7):888-9.
3. J Surg Oncol 2008;15;97(4):314-20.

Retinoblastoma en un adolescente. Presentación de un caso

Dolores Ríos y Valles-Valles, Abelardo A. Rodríguez-Reyes, Sonia Corredor-Casas, Hilda Cruz-Carrillo, Héctor A. Rodríguez-Martínez, Alfredo Gómez-Leal, Ramón L. Font

El retinoblastoma (RB) es el tumor intraocular maligno más frecuente en niños. La mayoría de los casos se diagnostican antes de los 5 años de edad y su presentación en adolescentes y adultos es poco común. En un estudio de 26 pacientes mayores de 5 años con RB, únicamente 4 se presentaron en adolescentes. En la experiencia de 50 años de la APEC se encontraron 296 casos de RB de los cuales 8 correspondieron a pacientes con edades entre los 13-22 años. Los hallazgos clínicos más frecuentes en pacientes con RB son leucocoria, estrabismo y disminución de la agudeza visual (AV). Los casos atípicos se manifiestan frecuentemente simulando procesos inflamatorios, hemorragia

vítrea o proptosis de origen incierto. Presentar las características clínicas, macroscópicas y microscópicas de un RB atípico en un paciente de 17 años de edad. Hombre de 17 años con historia de proptosis dolorosa en ojo izquierdo (OI) de 6 meses de evolución acompañada de disminución progresiva de la AV. La exploración oftalmológica del OI reveló AV de no percepción de luz, aumento de la apertura y hendidura palpebral además de proptosis de 4 mm en relación al ojo contra-lateral. Se encontró limitación de los movimientos oculares de ese mismo lado. El fondo de ojo no fue valorado debido a opacidad corneal importante. El ojo derecho se encontró dentro de límites normales. Los estudios de imagen (ecografía y TAC) demostraron una masa intraocular heterogénea. El diagnóstico clínico propuesto fue de melanoma coroideo y se realizó la enucleación del OI. En el estudio macroscópico se encontró una neoplasia maligna intraocular que ocupaba gran parte de la cámara vítrea y se extendía a la cámara anterior. Al examen microscópico el tumor estaba constituido por células pequeñas acompañadas por extensa necrosis, apoptosis celular y mitosis típicas y atípicas. El diagnóstico histopatológico fue de RB poco diferenciado de alto grado con extensión extra-ocular. El RB debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes adolescentes y adultos que presenten una masa intraocular de etiología inespecífica. No obstante que el RB es el tumor intraocular más frecuente en niños, las neoplasias de células pequeñas redondas y azules deben considerarse como diagnóstico diferencial en otros grupos de edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ophthalmology 1997;104:43-47.
2. Ophthalmology 1991;98:395-9.
3. Surv Ophthalmol 2000;44:409-14.

Liposarcoma mixoide primario de la órbita: presentación de un caso

Abelardo A. Rodríguez-Reyes, Rubén López-Oliver, María Andrea Arrieta-Bonilla, Héctor A. Rodríguez-Martínez, Dolores Ríos y Valles-Valles, Sonia Corredor-Casas, Rosa María Picaso-Hernández, Alfredo Gómez-Lea

El liposarcoma es el sarcoma más frecuente de los tejidos blandos, se localiza típicamente en los tejidos blandos profundos de las extremidades inferiores y el retroperitoneo. La órbita es un sitio raro de origen primario de este tumor y frecuentemente se confunde con otras neoplasias. Hay solo 38 casos informados en la literatura en esta localización. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son proptosis no dolorosa, diplopia y pérdida de la visión. Los liposarcomas de la órbita se presentan en pacientes más jóvenes que los tumores extraorbitarios. Su tamaño oscila entre 0.5 y 4 cm., y el tipo histológico más frecuente es el mixoide. El principal hallazgo microscópico en todos los tipos de liposarcoma son los lipoblastos. Se presentan las características clínicas, imagenológicas y anatomopatológicas de un liposarcoma mixoide primario de la órbita. Hombre de 33 años sin antecedentes de importancia, con proptosis no dolorosa de 8 años de evolución. Se realizaron 5 cirugías descompresivas por aparente orbitopatía distiroidea. A la exploración oftalmológica se encon-

tró agudeza visual del ojo derecho de 1/200, proptosis derecha de 30 mm., con desplazamiento del ojo hacia abajo y afuera, así como restricción de la movilidad ocular. Por tomografía se demostró la presencia de una masa orbitaria heterogénea bien delimitada con áreas de densidad similar a la del hueso y desplazamiento del globo ocular. Se realizó escisión del tumor a través de una orbitotomía anterior. La masa midió 5.5 cm de eje mayor, era de consistencia blanda y presentaba una superficie de corte de aspecto gelatinoso de color amarillo grisáceo. Histopatológicamente el tumor estaba formado por una mezcla de lipoblastos en "anillo de sello" y una malla vascular plexiforme dispuestos en una matriz mixoide, así como un fragmento de metaplasia ósea. Por inmunohistoquímica se encontró positividad para vimentina y proteína S-100 en el citoplasma de los lipoblastos. La microscopía electrónica demostró lipoblastos ocupados por numerosas vacuolas electrodensas. En una evaluación sistémica no se evidenció presencia de liposarcoma en alguna otra localización y se administró radioterapia complementaria. En su último seguimiento 4 meses posteriores a la cirugía, no se encontró recurrencia ni metástasis. El liposarcoma es una neoplasia poco frecuente en la órbita, sitio donde puede confundirse con otros tumores benignos y malignos con abundante estroma mixoide. El diagnóstico se realiza por microscopía de luz, sin embargo cuando los lipoblastos no son muy numerosos, la inmunohistoquímica y la microscopía electrónica son 2 herramientas de gran ayuda. Este corresponde al liposarcoma de mayor tamaño y el

primer caso con metaplasia ósea en la órbita.

BIBLIOGRAFÍA

1. Br J Ophthalmol 1988;72:912-7.
2. Ophthalmology 1989;96:180-91.
3. Ann Diagn Pathol 2001;5:255-66.
4. Can J Ophthalmol 2007;42:481-3.

Strongylosis broncopulmonar en un paciente post-transplante cardíaco. Reporte de un caso

Mayra E Pérez Rosas,* Nancy E Guzmán Delgado,** Griselda Martínez Salazar,** Mónica Garza Plata,** Rabdall Díaz Carballeda,* Pilar Carranza Rosales**

* RIII de Anatomía patológica

* RII de neumología

** Médico adscrito de Patología, UMAE 34, IMSS. Monterrey, NL

La Strongiloidosis es una infección parasitaria causada por el nemátodo *Strongyloides stercoralis* la cual es de amplia distribución mundial, sobretudo en zonas tropicales y subtropicales.¹ *S. stercoralis* es un helmineto de predominio intestinal, aunque puede diseminarse y producir elevada mortalidad sobre todo en individuos inmunosuprimidos, ya que a diferencia de otros nematodos tiene la capacidad de auto infectar al huésped.²⁻³ Presentar un caso de strongiloidosis diseminada con manifestación clínica broncopulmonar, en un paciente post-transplante cardíaco. Masculino de 38 años de edad, con antecedente de tabaquismo, alcoholismo y uso de cocaína suspendido. Recibió transplante cardíaco por dx de miocardiopatía dilatada de 7 años de evolución. Inicia su padecimiento actual 3 meses post transplante con deterioro progresivo de su clase

funcional se toman biopsias endomiocárdicas reportando rechazo severo, se iniciaron pulsos de metil prednisolona, e inicia con síntomas gastrointestinales y posteriormente se agrega cuadro respiratorio. Presenta eosinofilia y en el lavado bronquial se reporta la presencia de stroglyoides stercoralis. Se inició tratamiento con mejoría clínica. La mortalidad en un estado de hiperinfección es muy alta y varia del 33 al 70% a pesar del tratamiento. De ahí la importancia de tomar en cuenta ésta entidad clínica en pacientes con inmunosupresión inducida (trasplantados) y protocolizar el tratamiento profiláctico debido a la alta incidencia de portadores asintomático de ésta parasitosis en nuestro país.

REFERENCIAS

1. Avances en el estudio sobre la estrongiloidosis. Enf. Emerg 2005;7(2):102-9.
2. *Strongyloides stercoralis* in the Immunocompromised Population. Clinical Microbiology Reviews, 2004;208-17.
3. Disseminated Strongyloides stercoralis in human. Chest 1993;104;119-22.

Tumor de células granulares de glándula mamaria, reporte de un caso

Laura Rebolledo Iglesias, Oscar Eduardo Gamboa Morales Riap

Se reporta el caso de paciente femenina de 56 años de edad, antecedente de tabaquismo 15 cajetillas/año, en aparente buen estado de salud. Se realizó mamografía por presentar tumoración en GMI, de 8 meses de evolución, indolora, firme no fija a planos profundos. Se reportó en mamografía tumoración solida de 2.2x1.8 cm,

bordes espiculados, halo engrosado y nido con sombra acústica, clasificación BI-RADS 5. Posteriormente se le realiza biopsia por Trucut, con diagnóstico histopatológico de fibrosis estromal, motivo por el cual se decide realizar tumorectomía. El estudio de un tumor poco frecuente en glándula mamaria, debido a la importancia de diferenciarlo del carcinoma mamario. Tumor de Glándula Mamaria, fijado en formol e incluido en parafina, tinciones de H&E, PAS e IHQ. Tumor de células granulares de glándula mamaria izquierda. El tumor de células granulares es un tumor poco frecuente, originado de las células de Schwann. El 5% de ellos ocurre en la glándula mamaria, con un rango de edad de los 17-74 años. Solo el 1% son malignos. Se presenta como una masa única, indolora, firme, menor de 3 cm que puede simular signos de malignidad. Está compuesto por células poligonales o fusiformes, organizadas en nidos, con gránulos citoplasmáticos eosinofílicos, PAS +, formados por invaginaciones de la membrana celular fagocitada por los lisosomas citoplasmáticos. Presentan un núcleo redondo y nucléolo prominente. IHQ son positivas para S-100, CEA y vimentina, negativos para estrógeno y progesterona. En nuestro caso, la paciente presentó características clínicas y mamográficas sospechosas de malignidad, que ya en la biopsia excisional se descartaron debido a los hallazgos microscópicos y con la confirmación de estudios de inmunohistoquímica.

BIBLIOGRAFÍA

1. El Aouni N, Laurent I, Terrier P, Mansouri D, Suci V, Delalogue S, Vielh P.

- Granular Cell Tumor of the Breast. Diagn Cytopathol 2007;35(11):725-7.
2. Granular Cell Tumor of the Breast. Journal compilation © 2006, Blackwell Publishing, Inc., 1075-122X/06The Breast Journal, Volume 12 Number 5, 2006 494 Gabriela Quiroz-Rodríguez, MD, Carlos Robles-Vidal, Leopoldo Guzmán-Navarro, MD, and Carlos Ortiz-Hidalgo, MD. Department of Pathology, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE, and Departments of Surgery and Pathology, American British Cowdray Medical Center, Mexico City, Mexico.

Síndrome de Melas. Presentación de un caso

Francisca Fernández Valverde, Steven Vargas, Citlaltepelt Salinas Lara, Daniel Rembao, Claudia Martínez Z, Martha Tena-Suck, Julieta Castañeda, Diego Alvarado M

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

El síndrome de MELAS se llama así de acuerdo a sus siglas en inglés; Mitochondrial Myopathy, Encephalopathy, lactic acidosis and stroke-like episodes. El síndrome de MELAS forma parte de un grupo de enfermedades raras llamadas encefalopatías mitocondriales. Se han identificado docenas de variedades de enfermedades mitocondriales, con una compleja variedad de síntomas. Presentamos un caso de femenina de 17 años de edad, que desde la infancia presentaba cefaleas e insomnio que inició cuadro a los 16 años con cefaleas intensas y crisis convulsivas tónico clónicas que de inicio eran focales y después se hicieron generalizadas. Además cada vez que convulsionaba presentaba cuadros de Ictus, además se agregó visión borrosa, acúfenos, indiferencia debilidad muscular

y pérdida progresiva de la visión. Acude al INNN por presentar estatus epiléptico con acidosis metabólica importante y aumento de la glucosa de 247, transaminasa glutámico exalacética 473 UI/L, Transaminasa glutámico pirúvica de 211 UI/L, Lactato de 6.9mmol. El EEG fue anormal con epilepsia frontotemporal derecha y disfunción moderada generalizada y el LCR mostraba importante aumento de proteína. La TAC y IRM mostraron necrosis y hemorragia cerebral occipital y mesencéfalo. En su estancia hospitalaria la paciente siguió con acidosis metabólica, glucosa de 500 y lactatos de 20 y falleció. En la autopsia se observó encéfalo de 1000grs, con extensa necrosis y hemorragias múltiples, histológicamente se observan grados variables de necrosis con calcificaciones distróficas en núcleos basales y corteza frontal y atrofia del cerebelo. La biopsia en fresco de músculo muestra fibras rojas rasgadas con aumento de mitocondrias anormales por ME tanto en la biopsia de músculo como en la biopsia de hipocampo, corteza y del caudado. Presentamos un raro caso de síndrome de MELAS muestra una patología característica de daño cerebral isquémico y de mitocondrias por Microscopía electrónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ribacoba R, Salas-Puig J, González C, Astudillo A. Characteristics of status epilepticus in MELAS. Analysis of four cases. Neurologia 2006;21:1-11.
2. Sparaco M, Simonati A, Cavallaro T, Bartolomei L, Grauso M, Pisciolli F, Morelli L, Rizzuto N. MELAS: clinical phenotype and morphological brain abnormalities. Acta Neuropathol 2003;106:202-12.
3. Oppenheim C, Galanaud D, Samson Y, et al. Can diffusion weighted

magnetic resonance imaging help differentiate stroke from stroke-like events in MELAS. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000;69:248-50.

4. Molnar MJ, Valikovics A, Molnar S, et al. Cerebral blood flow and glucose metabolism in mitochondrial disorders. Neurology 2000;55:544-8.

Quiste neuroentérico del ángulo pontocerebeloso: presentación de un caso

Citlaltepelt Salinas Lara, Claudia Martínez Z., María Maldonado Méndez, Fernando Becerra-Árcega, Diana Gómez Guzmán, Samuel Romero, Arturo García Márquez, Martha Lilia Tena Suck, Daniel Rembao Bojórquez, Marcos Gómez L.

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

El quiste *enterogenous* o entérico en sistema nervioso es una lesión benigna muy rara, que afecta principalmente a la medula espinal y al ángulo pontocerebeloso. Clínicamente se caracteriza por presentar signos secundarios por compresión a los nervios craneales. Son lesiones quísticas que llegan a medir menos de 1 cm de diámetro que están revestidas por una sola capa de células columnares muco productoras, este epitelio semeja al epitelio entérico y/o respiratorio. Reportamos un caso de una hombre de 58 años de edad que inició con cefaleas occipitales, náuseas, vértigo y posteriormente alteraciones visuales. La IRM y TAC craneal mostraron lesión quística en el ángulo pontocerebeloso que sugería neurocisticercosis quística. Recibió tratamiento a base de Albendazol (30 mg/Kg) y esteroides sin mejoría clínica por lo que se sometió a cirugía

con resección total de la lesión mediante un abordaje retro mastoideo. El paciente presentó mejoría clínica importante después de la cirugía. Histológicamente se diagnosticó como quiste entérico y las tinciones de AA, PAS y mucicarmine fueron positivas. Por inmunohistoquímica fue positivo para EMA, citoqueratinas 8 y 5/6.

Tanto por histología, inmunohistoquímica, microscopia electrónica son similares al epitelio bronquial. Por lo anterior se sugiere que sean de tipo endodérmico. Y estas alteraciones embrionarias que se llaman disrrafias espinales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendel E, Lese GB, Gonzalez-Gomez I, Nelson MD, Raffael C: Isolated lumbosacral neurenteric cyst with partial sacral agenesis: case report. *Neurosurgery* 1994;35:1159-63.
2. Oyama H, Ikeda A, Inoue S, Nakamura S, Nishimura Y, Shibuya M: Multiple neurenteric cysts in the posterior fossa and cervical spinal canal, case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2004;44:146-9.
3. Rossi A, Cama A, Piatelli G, Ravagnani M, Biancheri R, Tortori-Donati P. Spinal dysraphism: MR imaging rationale. *J Neuroradiol* 2004;31:3-24.

Angiomixoma agresivo de la vulva. Informe de un caso

Carlos Ugarte B, Iliana Vicuña H,* Mierva Lazos O***

* Servicio de Patología. Hospital General Dr. Gustavo Baz Prada. ISEM. Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México

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

Introducción: el término angiomixoma agresivo de la vulva (AAV)

fue propuesto por Steeper y Rosai en 1983 para definir una neoplasia mesenquimal mixoide de crecimiento lento que aparece fundamentalmente en la región pélvica, genital y/o perineal de mujeres adultas en edad reproductiva. Muestra un rango de edad de presentación que oscila entre los 11 y 82 años, con un pico de incidencia en la tercera década.. La relación mujer/hombre es de 6:1. Esta entidad ha sido descrita también en vagina, cavidad uterina, vejiga, retroperitoneo, espacio isquiorrectal, recto y extremidades inferiores. En los varones aparece en el escroto, cordón espermático, epidídimo y región inguinal Son neoplasias localmente agresivas y frecuentemente recurren. Se presenta un caso de AAV estudiado en el Hospital General Dr. Gustavo Baz Prada. **Resumen del caso:** mujer de 24 años con antecedente de dos embarazos previos atendidos sin complicaciones, el último 9 meses antes. Inició su padecimiento con la presencia de un tumor en labio mayor izquierdo, de crecimiento lento y constante, ligeramente doloroso a la palpación, ulcerado y con hipertermia local. Se decidió resecarlo en su totalidad. El tumor estaba bien delimitado midió 14x11x10 cm., presentaba un pedículo y la superficie externa estaba cubierta de piel ocre, con desecación y ulceras de bordes irregulares y lecho aparentemente limpio. Al corte la superficie era homogénea de aspecto gelatinoso, de color blanco grisáceo y de consistencia blanda. Histológicamente se observaron células estelares y fusiformes con núcleo ovoide y nucléolo prominente dispuestas en un estroma laxo, mixomatoso e hipo celular, con moderada cantidad de vasos sanguíneos dilatados con hialiniza-

ción de la adventicia. Se efectuaron reacciones de inmunohistoquímica que resultaron positivas para receptores de progesterona y de estrógenos, desmina, AAML y vimentina. **Comentario:** el AAV es un tumor poco frecuente, hay aproximadamente 126 casos publicados en la literatura Se ha propuesto que se originan a partir de miofibroblastos. La positividad para progesterona y estrógenos se ha tomado como un indicador para tratamiento antihormonal en casos extirpados incompletamente. Hasta ahora la paciente se encuentra asintomática.

REFERENCIAS

1. Steeper TA, Rosai J. Aggressive angiomixoma of the female pelvis and perineum. *Am J SurgPathol* 1983;7:463-75.
2. Fetsch JF, Laskin WB, Kindblom LG. Aggressive angiomixoma: a clinicopathologic study of 29 female patient. *Cancer* 1996;78:79-90.
3. Alobaid A, Goffin F, Lussier C, et al. Aggressive angiomixoma of the vulva or perineum: report of three patients. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:1023-6.
4. Ribaldone R, Piantanida P, Surico D, et al. Aggressive angiomixoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 2004;95:724-8.

Carcinoma mucinoso de glándulas sudoríparas en piel cabelluda. Informe de un caso

Iliana Vicuña H, Carlos Ugarte B,* Leonardo Bravo R,* Minerva Lazos O***

* Servicio de Patología. Hospital General Dr. Gustavo Baz Prada. ISEM. Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México

** Departamento de Patología, Hospital General de México, OD y Facultad de Medicina, UNAM

El carcinoma mucinoso de glándulas sudoríparas es una entidad que fue descrita por primera vez en 1971 y se le considera poco frecuente ya que hasta junio del año 2008 únicamente se habían publicado 130 casos. Es un tumor de cabeza y cuello que involucra frecuentemente la región periorbitaria, se presenta como un nódulo solitario de crecimiento lento, a veces exofítico, aunque también puede encontrarse como un nódulo quístico y ulcerado. Es de bajo potencial metastásico y la recurrencia postquirúrgica es relativamente alta (36%). Microscópicamente es semejante al carcinoma mucinoso de glándula mamaria, que se caracteriza por la presencia de varios compartimentos plenos de mucina rodeando pequeñas islas de células neoplásicas. **Resumen del caso:** mujer de 36 años obesa e hipertensa, con retraso mental y leiomiomatosis uterina. Su padecimiento inició 10 meses antes con cefalea crónica e intermitente y la presencia de un tumor en piel cabelluda de la región parietofrontal, de crecimiento lento, doloroso a la palpación, de aspecto nodular que media 6 x 5 x 2 cm. Resto de la exploración y monitoreo sin relevancia. Se descartó la presencia de lesiones en otros órganos. Se efectuó biopsia escisional. El espécimen quirúrgico consistió en un fragmento de piel que midió 6.1 x 5.9 x 2.1 cm, cuya superficie epidérmica estaba casi totalmente ocupada por una lesión exofítica, de superficie lisa, de color gris blanquecino, de límites precisos, con algunos quistes pequeños, de aspecto despulido y consistencia blanda; al corte la superficie era homogénea, de aspecto gelatinoso, de color blanco-grisáceo, brillante

y blanda. Microscópicamente la neoplasia estaba formada por lagos de mucina con islotes pequeños de células epiteliales que formaban glándulas y septos de tejido fibroconectivo denso. Las reacciones de inmunohistoquímica para CD 15, CK, AE1/AE3, AME Y ACE resultaron positivas. **Comentario:** dada la poca frecuencia de este tipo de tumores y la presentación particular de cada caso clínico, consideramos importante su presentación para darle su dimensión como una entidad independiente de características y comportamiento particular que nos ayude a descartarla como una metástasis, para un manejo más adecuado.

REFERENCIAS

1. Lever. Histopathology of the skin. Lippincott-Raven, 8th.edition. Chap 31, pp:793-4.
2. Kelly BC, Koay J, et al. Report of a case: primary mucinous carcinoma of the skin. Dermatol Online J 2008;14:4.
3. Periole B, Gorguet B, Bazex. Eccrine carcinoma with mucinous stroma of the face J. Ann Dermatol Venereol 1996;123:569-71.

Pólipo fibroide inflamatorio de íleon que causó intususcepción. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Brenda González Sánchez, Isaías Estrada Moscoso

División de Anatomía Patológica, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Hombre de 72 años de edad con diagnóstico clínico de obstrucción intestinal. En el servicio de patología se recibió segmento de íleon de

30 cm, la serosa café oscuro con placas fibrinopurulentas. Presentaba mucosa evertida de 4.5 cm de largo, verdosa, localizada a 18.5 de uno de los bordes quirúrgicos. Al corte, entre la mucosa evertida y el borde quirúrgico se encontró una lesión polipoide de 2.3 x 2.1 cm, protruyendo hacia la luz, ovoide, café clara, de consistencia semifirme. Histológicamente se trató de una lesión submucosa, compuesta por células fusiformes, múltiples capilares e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, con abundantes eosinófilos. También se identificaron glándulas de colon sin alteraciones histológicas. Se realizó inmunohistoquímica: CD 34 positivo en las células endoteliales. Descrito inicialmente como granuloma submucoso con infiltrado eosinófilo, se trata de una lesión por lo general única, de aspecto polipide, localizada en la submucosa. Está constituida por una proliferación mal circunscrita de células fusiformes dispuestas concéntricamente alrededor de capilares y un grado variable de infiltrado inflamatorio con participación, a veces prominente, de eosinófilos. El fenotipo de las células fusiformes se ha propuesto pueda ser miofibroblástico, fibrohistiocitario o endotelial. Se considera una reacción inflamatoria reparadora mal controlada a una agresión local, también se ha propuesto un fondo alérgico. Se manifiesta clínicamente tras ulcerarse luego de ocasionar obstrucción intestinal frecuentemente por intususcepción; raras veces hay sintomatología sistémica. Se han reportado pocos casos de recurrencia luego de llevarse a cabo la resección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acero, D. Pólipo fibroide inflamatorio gastrointestinal. Características clínicas y seguimiento de una serie de 26 pacientes, *Gastroenterol hepatol*, 2004;28(4):215-20.
2. Arzuaga, I. Invaginación intestinal por pólipo fibroide inflamatorio del íleon, *Rev cubana med* 2002;41(1):39-41.
3. Jabar, F. Adult intussusception secondary to inflammatory polyps, *Asian journal of surgery* 2005;28 No. 1.
4. Isik, I. Inflammatory fibroid polyp of the ileum causing intussusception: a case report. *Turk J Gastroenterol* 2004;15(1):59-62.

Lipoma polipoide submucoso de colon que causó intususcepción. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Brenda González Sánchez, Elio Germán Recinos Carrera, Sergio López Martínez, Sara Parraguirre Martínez

División de Anatomía Patológica, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Mujer de 63 años de edad que acudió a consulta por dolor abdominal de siete días de evolución localizado en hemiabdomen inferior, náusea, vómito y hematoquezia. TAC abdominal: con imagen sugestiva de pólipo adenomatoso, además de un quiste simple dependiente de anexo derecho. Se realizó hemicolectomía izquierda y resección de quiste de anexo. En el servicio de anatomía patológica se recibió segmento de colon de 17 cm con circunferencia de 16 cm, con serosa violácea, lisa y brillante. Al corte se identifica en uno de los bordes quirúrgicos una lesión de 7 x 3.5 x 3.5 cm, tubular, café clara, de consistencia blanda, adherida al colon por un pedículo en el borde quirúrgico, móvil, la superficie al corte es amarilla de

aspecto adiposo. La tumoración causó intususcepción secundaria. Microscópicamente la lesión está localizada en la submucosa de colon, constituida por células adiposas maduras, la periferia está cubierta por mucosa colónica sin alteraciones histológicas, concluyéndose que corresponde a un Lipoma polipoide submucoso. Los lipomas del tracto gastrointestinal son neoplasias poco frecuentes, están compuestos de células adiposas bien diferenciadas, con un estroma fibroso. Tienen una incidencia de 0.03% a 0.83%. Son más frecuentes en mujeres entre los 50 y 60 años de edad. La mayoría de los que son menores de 2 cm son asintomáticos. Los mayores a 4 cm son considerados gigantes y se asocian a sintomatología en el 75% de los casos, que puede ser dolor abdominal de tipo cólico, sangrado de tubo digestivo bajo, obstrucción e intususcepción, como en nuestro caso. La localización más frecuente dentro del colon es el ciego, que representa 70% de los casos, seguido del colon transversal y colon descendente. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santhanam N. Gastrointestinal: Gastrointestinal lipomas, *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 21, 2006.
2. Abou-Nukta F. Giant Lipoma Causing a Colo-colonic Intussusception, *The American Surgeon*, 2006;72.
3. Medina Y. Lipoma de ciego, *Rev Cub Med Mil* 2007;36(1).
4. Fenoglio C. *Gastrointestinal Pathology*, Editorial Lippincott, Philadelphia, PA, 2008.

Correlación clínico-patológica de la elevación del marcador tumoral CA 19-9 en un caso de autopsia

Sara Parraguirre Martínez, Rubén Darío Pérez Velásquez, Elio German Recinos Carrera, María del Rocío Estrada Hernández, José de Jesús Acevedo Mireles

Hospital General Manuel Gea González, División de Patología

Mujer de 70 años con antecedente de DM2 de 4 años de evolución tratada con dieta y metformina. Inició padecimiento final con sintomatología de 3 meses de evolución caracterizado por diarrea (6 evacuaciones al día) heces verdosas, con moco sin sangre, náuseas y vómito postprandiales. Se agregó anorexia, astenia, adinamia y pérdida de peso (12 kg en el último mes). Acudió a facultativo particular el cual prescribió tratamiento no especificado sin mejoría del cuadro. Ingresó a urgencias por sangrado de tubo digestivo bajo (melena). En la TAC se reportó engrosamiento de colon ascendente y ciego. El reporte de los marcadores tumorales fue: ACE 3.7 ng/mL, CA 125 51 U/mL, CA 19-9 > 1979 U/mL. No se realizó colonoscopia debido a la tendencia a la hipotensión, taquicardia y acidosis metabólica. Falleció y se autorizó la autopsia. Hallazgos post-mortem: pancreatitis crónica, coledocitis y colangitis; el colon no presentó alteraciones. El antígeno CA 19-9 es utilizado para el diagnóstico y tratamiento de neoplasias malignas del tracto gastrointestinal superior y principalmente para el cáncer de páncreas. Aunque es conocida su elevación en procesos inflamatorios del hígado y páncreas, en que las cifras pueden ser discretamente superiores al punto de corte (75 U/mL) como en la coledocitis, hasta valores muy altos como en la colangitis (32,000 U/mL),

se considera que la elevación sérica del antígeno por arriba de 1000 U/mL le confiere un valor predictivo positivo y una especificidad para cáncer cercanos al 100 %. Sin embargo la elevación significativa de los niveles séricos del antígeno pueden relacionarse a la coexistencia de procesos benignos como en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tolliver BA, O'Brien BL. Elevated tumor-associated antigen CA 19-9 in a patient with an enlarged pancreas: does it always imply malignancy? *Southern Medical Journal* 1997;90(1).
2. Malesci A, Tommansini MA, Bonato C, et al. Determination of CA 19-9 antigen in serum and pancreatic juice for differential diagnosis of pancreatic adenocarcinoma from chronic pancreatitis. *Gastroenterology* 1987;92:60-67.
3. Piantino P, Andriulli A, Gindro T, et al. CA 19-9 assay in differential diagnosis of pancreatic carcinoma from inflammatory pancreatic diseases. *Am J Gastroenterol* 1986;81: 6-9.
4. Steinberg W. The clinical utility of the CA 19-9 tumor-associated antigen. *Am J Gastroenterol* 1990;85:350-5.
5. Albert MB, Steinberg WM, Henry JP. Elevated serum levels of tumor marker CA 19-9 in acute cholangitis. *Dig Dis Sci* 1988;33:1223-5.

Fibrodisplasia osificante progresiva. Presentación de un caso

Manuel Torres Nájera, Ma. Dolores Zapata, Ma. Magdalena Chavez
Departamento de Patología Hospital de Traumatología y Ortopedia, UMAE Núm. 21, IMSS, Monterrey NL México

La fibrodisplasia osificante progresiva (FOP), es una rara enfermedad genética caracterizada por malformaciones congénitas de los dedos gordos de los pies y osificación heterotópica progresiva de músculo estrado y del

tejido conectivo, principalmente ligamentos y tendones; la enfermedad se transmite de forma autosómica dominante, sin embargo su patogénesis y causas moleculares no están aún completamente aclaradas, recientemente se ha demostrado una sobreexpresión de BM4 (bone morphogenetic protein 4) una proteína que actúa como un potente inductor óseo, en células de pacientes con FOP. El hueso ectópico formado es idéntico al normal, sin embargo su localización es anómala, evoluciona con dolor y discapacidad de rápida progresión, que es lo más grave y causante de mortalidad, la incidencia va de un rango de 1 -2 casos por millón de nacidos vivos. **Caso:** niño de 10 años con antecedente de pie bot bilateral desde el nacimiento, y sin antecedentes familiares relevantes, inicia su padecimiento desde los 4 años con cuadro caracterizado por aumento de volumen del muslo derecho y deformidad dorso-lumbar-sacra, indolora y consistencia firme, sin aumento de temperatura o cambios de color de la piel, a los 8 años se hace el diagnóstico de osteocondromatosis múltiple con tumores bilaterales en cuello femoral y extremo inferior de fémur, un tumor óseo en tejidos blandos de muslo y pierna que le provocaba dolor, deformidad e incapacidad severa es resecado con diagnóstico clínico de miositis osificante

Posteriormente empeora por rigidez, dolor y deformidad dorsal, la radiografías efectuadas muestran calcificación difusa lineal en columna dorsal y lumbosacra, por lo que se considera a resección quirúrgica por el servicio de columna pediátrica. Los exámenes de laboratorio no fueron relevantes. Se discute la

presentación con diversas imágenes clínicas y radiológicas, así como la asociación con osteocondroma múltiple. **Comentario:** la presencia de osteocondromatosis múltiple es una característica común en pacientes con fibrodisplasia osificante progresiva, por lo que su reconocimiento temprano es importante por sus implicaciones clínicas y patológicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. *J Bone Joint Surg* 2008;90-A(2):366-74.
2. *J Bone Joint Surg* 1994;76-A(10):1942-50.
3. *J Bone Joint Surg* 1993;75-A(2):220-30.
4. *J Bone Joint Surg* 1993;75-A(2):215-19.

Tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) de amígdala palatina. Una lesión bien conocida, poco entendida y en un sitio infrecuente (3er caso de la literatura)

Peter Grube Pagola, Francisco Javier García Vázquez, Daniel Carrasco Daza

Instituto Nacional de Pediatría

El pseudotumor inflamatorio ó TMI fue descrito, definido y caracterizado en 1905 por Birch-Hirschfeld en una lesión orbitaria, posteriormente ha sido reconocido en múltiples sitios como: pulmón, bazo, hígado, corazón, sistema nervioso central, etc. La patogenia no entendida de esta lesión y su expresión histológica polimórfica ha llevado a que sea conocida con múltiples sinónimos como: Granuloma de células plasmáticas, Granuloma inflamatorio, etc. En la región de cabeza y cuello, hay casos informados en: laringe, senos paranasales, glándulas salivales mayores,

tiroides, tejidos blandos, órbita, etc. En el anillo de Waldeyer y en particular en las amígdalas palatinas solo hay dos casos bien documentados; el primero, publicado en 1894 por Weilbaecher y en 1995 por Newman el segundo. Este caso corresponde a una niña de 10 años, quién inició su padecimiento con dolor en la región cervical, acompañado de tos con vómito, disnea y dislexia, motivos por los cuales acudió al INP. En la exploración física se encontró halitosis y una neoformación localizada en la orofaringe, nodular sésil, amarillo violácea, ulcerada y dependiente de la amígdala palatina izquierda. Se le realizó amigdalectomía bilateral con diagnóstico de: Tumor de amígdala palatina izquierda. La amígdala izquierda estaba deformada por una lesión polipoide, nodular, ulcerada y recubierta por tejido de granulación; midió 5.2 x 2.4 x 1.5 cm. al corte era ahulada, blanco amarilla y homogénea. Los cortes histológicos mostraron una lesión bifásica, el componente estromal compuesto por bandas de colágena densa y eosinófila entremezcladas con miofibroblastos fusiformes y ovoides. Los núcleos son redondos y ahusados de cromatina granular con atipias irregulares pero sin mitosis anormales. El segundo componente constituido por denso infiltrado inflamatorio polimórfico con abundantes linfocitos, células plasmáticas con cuerpos de Russell, mastocitos, neutrófilos y escasos eosinófilos. La IHQ confirmó la proliferación miofibroblástica (Vimentina, AAML, etc., positivos). El TMI afecta infrecuentemente las amígdalas palatinas por lo que el patólogo debe conocerla con su variabilidad de patrones histológicos, para que la

incluya en el diagnóstico diferencial de otras proliferaciones pseudosarcomatosas reactivas e inflamatorias así como algunas neoplasias con patrón sarcomatoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Otolaryngol Head Neck Surg 1995;113(6):798-801.
2. J Surg Oncol 1984;27(4):228-31.

Síndrome de Beckwith-Wiedemann. Un caso de autopsia

Mario Perezpeña-Díazconti, Argelia Escobar-Sánchez, Guillermo Ramón-García, Pedro Valencia-Mayoral
Departamento de Patología, Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG)

El Síndrome de Beckwith-Wiedemann se reconoce por la presencia de macroglosia, hemihipertrofia prenatal o postnatal y defectos de la pared abdominal que incluyen onfalocele, hernia umbilical o diastasis de rectos. Se asocian a neoplasias, de las cuales la más común es el tumor de Wilms. El desarrollo depende de la gravedad de los defectos asociados.

Presentación del caso: niño de siete días de vida con diagnóstico prenatal de defecto de pared abdominal tipo onfalocele, con parto eutócico en su domicilio asistido por partera a las 37 semanas de gestación. Pesó 3250g, sin información de Apgar. La madre de 25 años sana, y padre de 27 años, sano, campesino. Acudieron a otro hospital y se trasladó al HIMFG en donde se le encontró activo, reactivo, mal hidratado, tiros intercostales y disociación toraco abdominal, con onfalocele de 15x13cm con saco íntegro. El paciente evolucionó con peritonitis por *Pseudomonas aerugi-*

nosa y *Stenotrophomonas maltophilia*, sepsis, coagulación intravascular diseminada y falleció. En el estudio postmortem se encontró malrotación intestinal, citomegalia adrenocortical, hiperplasia de los islotes de Langerhans e hidronefrosis, enfermedad de membranas hialinas, enfermedad vascular pulmonar grado A de Rabinovitch, neumotórax bilateral, peritonitis aguda y trombos de fibrina en hígado y pulmón. **Discusión:** el síndrome de Beckwith-Wiedemann se presenta asociado a anomalías citogenéticas que consisten en impronta del cromosoma 11, brazo corto, región 15. Impronta es un fenómeno en el cual hay expresión únicamente de los genes paternos o maternos. Si los genes paternos están en impronta, (silenciados) solo se expresarán los genes maternos, y viceversa. La importancia de las alteraciones cromosómicas se ejemplifican con la presencia de disomía uniparental e hipermetilación de H19 tienen un mayor riesgo de desarrollar tumores, preferentemente tumor de Wilms. El diagnóstico incluye criterios primarios, Macroglosia, Hemihipertrofia y Defectos de la pared abdominal; y secundarios, Hipoglucemia, hemihiperplasia, indentaciones en pabellones auriculares, hipoplasia medio facial, nevus flammeus, cardiomegalia, placenta grande, cordón umbilical largo o polihidramnios. Los criterios histológicos incluyen citomegalia y quistes de la corteza suprarrenal, hiperplasia de la médula suprarrenal, hiperplasia de conductos, acinos e islotes de Langerhans, que provoca hipoglucemias, e hiperplasia de paraganglios yuxtagonadales, periadrenales y periaórticos. Las neoplasias asociadas incluyen al tumor

de Wilms, carcinoma de la corteza suprarrenal y hepatoblastoma. Se ha informado también la presencia de rabdomiosarcoma y neuroblastoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. J Pediatr 1980;96:47.
2. Pediatr Dev Pathol 2005;8:287.
3. J Med Genet 1997;34:819.
4. Genomics 2001;74:370.

Schwannoma de paladar duro. localización inusual

Julieta García Gutiérrez, Carlos Arturo Martínez Quiroga, Nelly Cruz Viruel

El schwannoma es un tumor encapsulado de la vaina nerviosa que tiene predilección por cabeza, cuello y superficies flexoras de extremidades superiores e inferiores. Del 25 al 45% se localizan en cabeza y cuello. El 1% tiene localización intraoral, siendo la lengua la más afectada, seguida por el piso de la boca, paladar, mucosa bucal, labio y encía. Dar a conocer la localización inusual de un schwannoma. Hombre de 23 años con tumor en paladar duro, de 10 años de evolución. Se realizó biopsia incisional y posteriormente paladectomía parcial, con tumor de 3 cm de diámetro mayor. Se realizó inmunomarcación. La resección completa mostró lesión delimitada por una cápsula fibrosa con patrón bifásico que comprende áreas de células fusiformes, compactas agrupadas en fascículos cortos, algunos de estos se intercalan formando palizadas nucleares (Antony A) y áreas hialinizadas, hipocelulares con vasos trombozados, formación focal de quistes y células xantomatosas (Antony B) con aspecto citológico blando y sin actividad mitótica.

Inmunomarcación para S-100 fue demostrada. Los schwannomas pueden presentarse en amplia variedad de sitios dentro de cabeza y cuello. El diagnóstico inicial tanto clínico como patológico, es difícil debido a los pocos casos reportados en la literatura. Aún así, debe sospecharse en lesiones de lento crecimiento, bien delimitadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. J.A. García de Marcos, J.J. Ruiz Maser. Neurilemmomas of the oral cavity and the neck. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 2004;26:384-92.
2. Ching-Yi Chen, Wen-Chen Wang. Ancient schwannoma of the mouth floor-a case report and review. Oral Oncology EXTRA (2006) 42,281-185.

Linfoma B difuso de células grandes variante morfológica anaplásica, con células claras. Presentación de un caso

Mónica B. Romero-Guadarrama, Marco A. Durán-Padilla

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

Introducción: el linfoma B difuso de células grandes (LBDCG), es el tipo de linfoma no Hodgkin (LNH) mas frecuente en nuestro medio, la última clasificación de la organización mundial de la salud (OMS) del 2008 los ha subdividido en variantes morfológicas, subgrupos moleculares, de inmunofenotipo y en entidades distintas. Dentro de las variantes morfológicas se distingue al linfoma centroblástico, al inmunoblástico y al anaplásico. Esta última se caracteriza por tener células grandes, ovóides, de abundante citoplasma

y núcleo pleomórfico, en ocasiones recuerdan células de Reed-Sternberg o bien pueden disponerse en patrón de crecimiento sinusoidal y simular carcinomas indiferenciados. **Objetivo:** el presente es un caso clínico cuyo objetivo principal es mostrar un peculiar cambio de las células linfoides malignas que presentan abundante citoplasma claro y que simula carcinoma metastásico de células claras.

Caso clínico: se trata de mujer de 54 años de edad, con antecedente de artritis reumatoide de 20 años de evolución tratada con antiinflamatorios. 4 meses antes de su ingreso al servicio de hematología presento aumento progresivo de volumen de hemicuello derecho, diaforesis, pérdida de peso de 10 kilos y fiebre no cuantificada. Se le efectuó biopsia escisional e histológicamente se observó pérdida de la morfología normal del ganglio linfático por sustitución de abundantes células grandes de citoplasma claro, núcleos irregulares, centrales algunos hipercromáticos otros con nucleolos evidentes, separadas por septos delgados de tejido fibroconectivo. Por lo que se indicaron marcadores de inmunohistoquímica como CD20, CD2, Bcl6, Bcl2, CD30 y citoqueratinas. Después del diagnóstico de Linfoma B difuso de células grandes no especificado variante anaplásica, se inició tratamiento con CHOP, 5 ciclos con buena respuesta clínica.

Discusión: la variante anaplásica del LBDCG, es rara y no esta relacionada clínicamente ni biológicamente con linfoma del mismo nombre originado en células T citotóxicas ni con los linfomas con expresión a ALK (quinasa del linfoma anaplásico), las células claras en linfomas no son comunes pero se pueden presentar en

el linfoma T periférico inespecífico y en el linfoma T angioinmunoblástico. **Conclusión:** es importante pensar dentro del diagnóstico diferencial ante un tumor cuyo componente principal son células claras, en los linfomas T, en carcinomas metastásicos y en el linfoma B difuso.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Swerdlow HS, Campo Elias, et al. 2008;265-6.
2. Histopathology of Non-Hodgkin's lymphomas. Based on the Updated Kiel Classification. K. Lennert and A.C.Feller. 2004;195-7.

Tumor rabdoide/teratoide atípico del sistema nervioso central

Sergio Gilberto Esquivel Sonora, Teodoro Gurrola Morales, Francisco Antolín Carrete Ramírez

Departamento de Patología, Hospital General, SS y Facultad de Medicina, UJED Durango, Dgo.

Caso clínico: niño de 7 años, inicio su padecimiento cuatro semanas antes de ingreso con cefalea progresiva que no cedía a tratamiento médico, en la TAC el cerebro mostró un tumor de aspecto quístico con reforzamiento leve, localizada en el hemisferio cerebral izquierdo de 15 cm. de diámetro, se realizó cirugía, la neoplasia se reseco en fragmentos y se envía a patología para estudio histopatológico. **Discusión:** familiarizarnos con este tumor de la edad pediátrica, es extraordinariamente raro, le corresponde entre el 1-2 % de las neoplasias cerebrales. Su diagnóstico no es sencillo, para precisarlo se recurre a las técnicas de inmunohistoquímica

y microscopia electrónica y el pronóstico de los enfermos es sombrío. Se recibieron múltiples fragmentos irregulares de tejido, en su conjunto forman un agregado de 10 x 6 x 1.5 cm, de color café grisáceos de aspecto gelatinoso con zonas focales de necrosis, se incluyeron múltiples cortes los cuales se tiñeron con H y E, también se realizaron técnicas de inmunohistoquímica con los marcadores EMA, cromogranina, neurofilamentos, sinaptofisina, vimentina, GFAP, desmina, cóctel de citoqueratinas y Ki67. Microscópicamente se observa una neoplasia vascularizada, compuesta de sábanas y nidos de células con núcleos de forma irregular, con cromatina en grumos finos, poseen nucléolo, tienen citoplasma abundante, eosinófilo, otras con citoplasma claro, algunas muestran características rabdoideas, otras áreas tienen patrón mixoide y trabecular sugerente de cordoma. Inmunohistoquímicamente los siguientes marcadores resultaron positivos: EMA, vimentina, GFAP, cromogranina, sinaptofisina, Ki67(1%) y los siguientes negativos como: neurofilamentos, cóctel de citoqueratinas y desmina. Con la morfología y la inmoreactividad se hizo el diagnóstico de Tumor rabdoide/teratoide atípico grado IV de la OMS. Es un tumor altamente maligno, poco frecuente de la edad pediátrica, la recurrencia local se presenta en un corto tiempo y la mayoría se disemina a través de LCR, se presta a diagnóstico diferencial con meduloblastoma y en las áreas mixoides con cordoma, siempre que se sospeche de un tumor rabdoide se debe precisar el diagnóstico con inmunohistoquímica y ME.

BIBLIOGRAFÍA

1. Central nervous system atypical teratoid/rhabdoid tumors of infancy and childhood: Definition of an entity. J Neurosurg 1996;85:56-65.
2. Atypical teratoid/rhabdoid tumor of the central nervous system. A highly malignant tumor of infancy and childhood frequently mistaken for a medulloblastoma: A Pediatric Oncology Group Study. Am J Surg Pathol 1998;22:1083-92.

Cistadenoma mucinoso hepatobiliar. Presentación de dos casos

Rocío L. Arreola Rosales, Luz María Gómez Jiménez

Departamento de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: el cistadenoma hepatobiliar (CHB) es un tumor epitelial benigno, generalmente multiloculado, representa menos del 5 % de los tumores quísticos de origen biliar; 95 % de los casos se presenta en mujeres, entre la 4ª y 6ª décadas. Se han informado en la literatura aproximadamente 150 casos desde 1887 y el primero con referencia al estroma mesenquimal fue descrito por Wheeler y Edmondson en 1985. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor abdominal en cuadrante superior derecho, tumor palpable e ictericia; 10 % de los casos son asintomáticos. 84 % son intrahepáticos y el resto se localiza en diversos segmentos de los conductos extrahepáticos; varían de 0.8 a 28 cm. de diámetro. Se informan dos casos de CHB asintomáticos. **Caso 1:** mujer de 56 años con colelitiasis; el US abdominal mostró un quiste hepático gigante en los segmentos 3 y 4. La resección de estos segmentos reveló

lesión de 25 cm de eje mayor formada por múltiples quistes de 1 a 5.5 cm, con pared de 0.4 cm, superficie interna lisa, blanca, con material mucinoso y seroso; el quiste mayor con zonas granulares rojizas y material purulento. El parénquima hepático no neoplásico era nodular, amarillo verdoso y blando. **Caso 2:** mujer de 23 años con quiste hepático izquierdo encontrado incidentalmente un año antes, y resecado por cuadro de dolor abdominal. El espécimen era ovoide de 17x13 cm., lobulado, con trayectos vasculares aparentes, café rosado, con áreas rugosas; al corte tenía múltiples quistes de 1 a 10 cm, con líquido seroso y mucinoso. **Discusión:** los cortes histológicos en ambos casos mostraron múltiples quistes revestidos por epitelio cilíndrico mucoprodutor con proyecciones papilares o epitelio aplanado, sobre tejido mesenquimatoso semejante a estroma ovárico y tejido fibroso. En el Caso 1 se encontraron colonias bacterianas en el quiste mayor. El Caso 2 estaba asociado a complejos de von Meyenburg. Los métodos de imagen no permiten diferenciar esta neoplasia de otras lesiones quísticas de hígado. En algunos casos el CA19-9 sérico está elevado pero no es de utilidad para diferenciarla de una lesión maligna. Aun cuando se resequé completamente puede presentarse recurrencia en 20% de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beuran M, Venter MD, Dumitru L. Large mucinous biliary cystadenoma with "ovarian-like" stroma: A case report. *World J Gastroenterol* 2006;12(23):3779-81.
2. Shinsuke Kazama MD. Giant intrahepatic biliary cystadenoma in a male. A

case report, immunohistopathological analysis, and review of the literature. *Dig Dis Sci* 2005;50(7):1384-9.

3. Onye E. Akwari MD, Allan Tucker MD, Hilliard F. Seigler MD, Kamal M. F. Itani MD. Hepatobiliary cystadenoma with mesenchymal stroma. *Ann Surg* 1990;211(1):18-27.

Angiosarcoma epitelioides. A propósito de un caso

Elizabeth Escobar Acosta, Juan C. León Contreras, Oscar X. Hernández Rodríguez,* Jazmín De Anda González*

* Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Anatomía Patológica. Hospital de Oncología CMN Siglo XXI. México, DF

El angiosarcoma epitelioides es un sarcoma de alto grado, con frecuencia menor al 1%, agresivo. La incidencia es la 7ª década de la vida, se presenta en extremidades, tronco, cabeza y cuello. El patrón epitelioides en bases puramente morfológicas lleva a una serie de diagnósticos diferenciales como son linfoma anaplásico, melanoma y carcinoma poco diferenciado. Reconocer morfológicamente el angiosarcoma epitelioides y diferenciar otras neoplasias con patrón epitelioides. **Presentación del caso:** hombre de 49 años, con tumor de 15cm en cara anterior de muslo derecho. Se realizó USG y TAC que reportaron tumor de partes blandas, probable sarcoma. Se realizaron tres biopsias, la primera con tejido conectivo y hemorragia, la segunda con foco microscópico de lesión probable vascular, y la tercera con reporte de metástasis de carcinoma con primario desconocido. Se realizó resección de la neoplasia. La resección compartamental anterior mostró neoplasia de 15cm. Histoló-

gicamente se encontró una neoplasia con patrón de crecimiento epitelioides con inmunohistoquímica: vimentina positivo; EMA, CK coctel, sinaptofisina, cromogranina, CD31, CD34 y Hepar-1 negativos. La microscopía electrónica mostró múltiples canales vasculares con eritrocitos en su interior rodeados por células epitelioides grandes. En algunas áreas las células mostraron lúmenes centrales con un eritrocito aislado. **Discusión:** el angiosarcoma de tejidos blandos es un sarcoma de alto grado, cuyo espectro morfológico es muy amplio por lo que la inmunohistoquímica puede ser no concluyente, siendo necesarios estudios de ultraestructura para corroborar el diagnóstico, que implica diferente tratamiento y pronóstico, diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meis-Kindblom JM, Kindblom LG. Angiosarcoma of Soft Tissue. *Am J Surg Pathol* 1998;22(6):683-97.
2. Fisher C, Path FR. Epithelioid Sarcoma of Enzinger. *Adv Anat Pathol* 2006;13:114-21.
3. Bajaj P, Aiyer H, Sinha B.K. Pitfalls in the Diagnosis of Epithelioid Sarcoma Presenting in an Unusual Site: A Case Report. *Diagnostic Cytopathology*. 2001;24(1):36-39.

Carcinosarcoma mediastinal, con síndrome de vena cava superior.

Presentación de un caso

Ambrosio Lerma Hernandez, Carlos Ortiz Hidalgo, Abraham Carmona Barajas

Introducción: el síndrome de vena cava superior (svcs) abarca signos y síntomas como resultado de la obstrucción de la vena cava superior. Las principales condicionantes del svcs tenemos las tumoraciones

mediastinales. Masculino de 22 años de edad, quien manifiesta ataque al estado general con dificultad respiratoria y pérdida de peso de 3 meses de evolución, corroborándose derrame pleural bilateral, presenta derrame pericárdico manifestando datos de síndrome de vena cava, ameritando pericardiocentesis así como ventana pericárdica y extirpándose tumoración mediastinal. El paciente finalmente fallece. **Objetivo:** presentar este caso de Neoplasia muy poco frecuente en nuestro medio, siendo importante su diagnóstico diferencial de los tumores más frecuentes como el Tumor maligno de Células Germinales Extra gonadal, el Schwannoma Maligno, Tumores neuroendocrinos, Linfomas, etc. **Material y métodos:** se efectúan cortes de H-E del tumor mediastinal, pericardio, biopsias de miocardio, de Hígado y frotis de Líquido de derrame pleural. Se efectúan estudios de inmunohistoquímica de la neoplasia: OSCAR, Vimentina, PLAP, CD30, GCH, HMB-45, TDT, Cromogranina. Se observa neoplasia maligna poco diferenciada pleomórfica, de células grandes con núcleos irregulares que alterna con áreas de células fusiformes, con necrosis, con focos de metaplasia cartilaginosa con atipia moderada. Por IH se expresan citoqueratina de amplio espectro OSCAR y la Vimentina, siendo negativos el resto. **Discusión:** la coexpresión de marcadores epiteliales y mesenquimatosos junto con la morfología corresponden con Carcinoma Sarcomatoide con componentes heterólogos, por la topografía es sugerente de origen tímico. Algunos autores consideran controversial el dx diferencial de carcinoma sarcomatoide y carcinosarcoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suster S, Moran CA. Am J Surg Pathol 1999;23:691-700.
2. Yoneda S, Marx A, Heimann S. Histopathology 1999;35:19-30.
3. Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology. Fourth ed. Vol 1; 2004:1301-4.
4. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. Ninth ed 2004, Vol 1:474-5.

Cistitis incrustante, reporte de un caso y revisión de la literatura

E. Germán Recinos Carrera, Sara Parraguirre Martínez, Minerva Uribe Serralde, Gerardo Escudero Mendoza, Gustavo Morales Montor, Francisco Calderón Ferro, Gustavo Sánchez Turati, Alejandro Urdiales Ortiz

División de Patología y Urología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Caso clínico: hombre de 67 años, diabético, inició en 2006 con hematuria macroscópica de 1 mes de evolución. Tratado en medio privado por carcinoma urotelial papilar de alto grado con resección transuretral de vejiga (RTUV) y terapia adyuvante con BCG por 6 semanas. En el mismo año acudió al Hospital General "Dr. Manuel Gea González" por hematuria macroscópica. En la cistoscopia se observaron múltiples lesiones papilares. Se realizó RTUV en dos ocasiones con reporte de carcinoma urotelial papilar de alto grado y otros hallazgos microscópicos como calcificación extensa y depósito de cristales (antecedente de irrigación de mitomicina C), se diagnosticó como cistitis incrustante (CI). Se realizó cistoprostatectomía con reporte definitivo de carcinoma in situ y cistitis incrustante. **Discusión:** la CI es una entidad clínica-patológica,

en radiología hay calcificaciones en vejiga, más frecuentes en fondo. Se caracteriza por placas amarillentas en la mucosa vesical, ulceración, inflamación aguda, crónica, depósito extenso de sales cálcicas y cristales de estruvita. Se asocia a orinas alcalinas con pH >7, daño vesical previo, infección urinaria por microorganismos urealíticos e inmunosupresión. *Corynebacterium urealyticum* (antes denominado *Corynebacterium D2*), bacilo grampositivo, aerobio, resistente a múltiples antimicrobianos, es saprófito de la piel y el 30% de pacientes hospitalizados son portadores. Factor químico asociado como el empleo de Mitomicina C, se relaciona con la irritación que produce. Los pacientes desarrollan sintomatología urinaria baja y hematuria. El tratamiento es la resección de las placas calcificadas, acidificar la orina y antibioticoterapia; es de buen pronóstico. La CI se describió en 1914 y fue una infección frecuente en la primera mitad del siglo XX. El caso es de interés por el aumento que se está presentando en los pacientes que reciben terapia local con Mitomicina C y en inmunosuprimidos, principalmente en los transplantados renales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pascual Regueiro, García Sanchez, Remón Garjón, Martínez Bengoechea, Abril Baquero. Cistitis incrustante tras mitomicina C. Actas urológicas Españolas. Julio/Agosto 2005;29:715-8.
2. Fernández Natal, García Díez, Salas Valien. Cistitis Incrustante con aislamiento de *Corynebacterium* grupo D2. Med Clin (Barc) 1992;98:419-22.
3. Serrano-Brambila, López Sámano, Montoya-Martínez, Holguín-Rodríguez, Maldonado-Alzaraz. Prostatitis

incrustante: caso clínico y revisión de la biliografía. *Actas Urol Esp* 2006;30(3):321-3.

4. Vázquez V, Morales MD, Serrano C. *Corynebacterium urealyticum* en pacientes con trasplante renal. Imágenes características de la TC y ultrasonografía de la cistitis y la pielitis incrustante. *Nefrología* 2004, Vol. XIV, número 3.

Pseudotumor inflamatorio (dacrioadenitis) de órbita

Sara Parraguirre Martinez, Lizbeth Castro Paez, Yuridia Cadena Silva, Rubén López

División de Patología y Oftalmología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

Caso clínico: mujer 28 años con padecimiento de 12 días caracterizado por aumento de volumen en región palpebral de ojo derecho, 4 días previos recibió tratamiento con esteroides sin mejoría. Se interna el 12 de febrero de 2009 en Oftalmología del hospital Dr. Manuel Gea González, a la exploración física hay secreción sanguinolenta, quemosis conjuntival 2+/3, inyección ciliar, hemorragias subconjuntivales, dolor a la palpación, inician tratamiento con antibióticos y esteroides; el 13 de febrero con diagnóstico de absceso se realiza cirugía para drenarlo, no se corrobora el diagnóstico y se realiza biopsia incisional. En Patología se reciben 3 frascos etiquetado como probable tumor, grasa orbitaria y fragmento de hueso. Se diagnostica como pseudotumor inflamatorio (dacrioadenitis) de órbita. En 1905 Birch-Hirsch describió el Pseudotumor Inflamatorio Idiopático (PII) de órbita, es una entidad inflamatoria inespecífica, no neoplásica, de aparición unilateral, se presenta a cualquier edad incluyendo

la infancia, con edad media de 45 años, predomina en mujeres (66.2%). La presentación puede ser aguda (64.7%) con dolor periorbitario, alteración de movimientos oculares, exoftalmos, edema palpebral, quemosis y escaso compromiso de la agudeza visual. Crónica (35.3%) de evolución insidiosa (semanas a meses), exoftalmos discreto con o sin alteraciones en la visión y/o la motilidad ocular. La extensión más común es hacia fosa craneal media (67%) y seno cavernoso (56%). Acorde con la localización de la inflamación se reconocen la dacrioadenitis, miositis, periescleritis, trocleitis, perineuritis y la infiltración difusa de la órbita. Histologicamente se divide en agudo, subagudo y crónico, basado en el grado de inflamación y tejido fibrovascular, en el agudo hay polimorfonucleares, linfocitos células plasmáticas, macrófago y eosinófilos; el tejido fibroso en casos subagudos y crónicos. Los diagnósticos diferenciales son celulitis, oftalmopatía tiroidea, granulomatosis de Wegener, sarcoidosis, procesos infecciosos (bacterias, hongos, tuberculosis), carcinoma metastásico y linfomas orbitarios. El diagnóstico se hace mediante TAC, RM, BAAF y de ser necesario toma de biopsia. El tratamiento del PII es corticoides a dosis elevadas, en general con buena respuesta. La radioterapia se utiliza cuando no hay respuesta a esteroides, progresión de síntomas y que histológicamente no muestre predominio de tejido fibroso. La ciclofosfamida oral se emplea en los casos que predominan los linfocitos T. El interés de presentar el caso son los diagnósticos diferenciales, sobre todo en los que predomina el infiltrado linfocitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. McLean Ian. *Tumors of the Eye and Ocular Adnexa*, Atlas of Tumor Pathology, AFIP, USA 2006.
2. Pradess, M. Orbital pseudotumor: diagnosis on fine needle aspiration cytology. *J Cytol* 2008;25(2):67-69.
3. Nuche N. Case Records of the Massachusetts General Hospital. *NEJM* 2002;346(7):513-20.

Disgerminoma asociado con embarazo y síndrome de HELLP. Comunicación de un caso de autopsia y revisión de la bibliografía

Lizeth Raquel Rios Bañuelos, Teodoro Gurrola Morales

Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General "C", SS y Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

Introducción: se presenta el caso de una mujer de 27 años de edad, quien acude por tumor abdominal y embarazo de 14 SDG, a las 34 SDG ingresa por preeclampsia severa con TA de 140/127 mmHg, tumor abdominal de un año de evolución, se realiza cesárea, en el postquirúrgico inmediato desarrolla Sx de HELLP y falleció al día siguiente. Los marcadores tumorales CA 125 es de 202 U/ml, alfafetoproteína 1360 ng/ml, GCH de 9270 mUI/ml. Laboratorio: plaquetas 79000, TGO 359 /L, TGP 17U/L. **Objetivo:** el objetivo de este caso es presentar la asociación del disgerminoma a embarazo y síndrome de HELLP ya que existen pocos casos reportados en la literatura. **Material y métodos:** se practicó la autopsia y los cortes incluidos en parafina se tiñeron con hematoxilina y eosina. **Resultados:** en el estudio postmortem se encontró una neoplasia abdominopélvica de 24 x 25x 20

cm con peso de 1000 gr, bien delimitada, encapsulada, de color café grisáceo, multilobulada, sólida, sin identificar remanente de ovario, un segundo tumor de 16.7 x 4.1 x 4.9 cm rodeaba macroscópicamente la aorta abdominal e iliacas primitivas. Histológicamente la neoplasia está constituida por células grandes con núcleos que varían de redondos a ovoides, hipercromáticos, muestran mitosis atípicas y poseen nucléolo eosinófilo prominente, con citoplasma eosinófilo y claro, el patrón de crecimiento es predominantemente sólido con formación de cordones, tiene un estroma fibrovascular con escaso infiltrado inflamatorio constituido predominantemente por linfocitos y se acompaña de extensas zonas de necrosis y hemorragia reciente. **Conclusiones:** en una revisión de bibliografía encontramos 27 casos reportados hasta el año 1979. Aunque el disgerminoma "puro" es una neoplasia con bajo potencial de malignidad, el tratamiento en pacientes no embarazadas es relativamente simple, sin embargo en la paciente embarazada el tratamiento continúa siendo controversial. Esta paciente clínicamente cursaba con síndrome de HELLP, se corroboró por laboratorio. La elevación importante de la alfafetoproteína se explica por el embarazo, el sufrimiento fetal y muerte fetal y no por la neoplasia aunque probablemente también haya contribuido a dicha elevación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nogales FF, Merino J, Musto ML, Botticelli L. La patología de los tumores germinales del ovario. Avances anatomoclínicos en los últimos tres

lustros. Revisión en cáncer (Madrid) 2003;17:175-83.

2. Pérez HL, Vallecillo HG. Disgerminoma asociado con el embarazo, 27 casos. Rev Médica Hondur 1981;49:139-40.
3. Solano M, Flores Y, López M. Disgerminoma en una paciente embarazada. Presentación de un caso y revisión de la literatura IX Congreso de Anatomía Patológica 2006.

Colecistitis crónica xantogranulomatosa con abundantes células gigantes tipo cuerpo extraño

Rodrigo Muñoz A., J Albores Saavedra, Ma Elena Rojas T., Jazmín De Anda G

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI

Introducción: la colecistitis crónica xantogranulomatosa es una entidad frecuente, benigna, que macroscópicamente puede ser confundida con adenocarcinoma de vesícula biliar. La presencia de abundantes células gigantes es infrecuente, por lo que es necesario la realización del diagnóstico diferencial con tumores de células gigantes del árbol biliar extrahepático los cuales muestran una conducta biológica agresiva. Su importancia radica en la diferenciación de esta entidad con los tumores de células gigantes. **Caso clínico:** mujer de 73 años con antecedente de cólico biliar, que presentó agudización del cuadro clínico por lo que se le realizó colecistectomía parcial de urgencia vía laparoscópica. Se diagnosticó como carcinoma indiferenciado de células grandes. En los estudios de imagen no se encontró actividad tumoral, ni lesiones sospechosas de neoplasia. Los cortes histológicos del material de consulta mostraron engrosamiento

de la pared vesical, con esfacelación del epitelio, abundantes células gigantes de tipo cuerpo extraño, mezclados con macrófagos espumosos, que se extienden transmuralmente hasta la serosa. No se identificaron células malignas en el material evaluado. La paciente fue reevaluada, sin encontrarse clínicamente datos de neoplasia. **Discusión:** esta es una variante poco frecuente la cual se caracteriza por la presencia de células gigantes tipo cuerpo extraño, que pueden fácilmente ser confundidas con células gigantes de tipo osteoclasto y diagnosticarse erróneamente como tumores de células gigantes del árbol biliar. Es necesario reconocer esta entidad por las implicaciones pronósticas y terapéuticas que implican ambos diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albores Saavedra J, Douglas JG. Giant Cell Tumor of the Extrahepatic Biliary Tree, A Clinicopathologic Study of 4 Cases and Comparison with Anaplastic Spindle and Giant Cell Carcinoma With Osteoclast-Like Giant Cells. Am J Surg Pathol 2006;30:425-500.
2. Albores Saavedra J. et al. Tumores of the gallbladder and extrahepatic bile ducts in : WHO Pathology and Genetic of Tumours of the digestive System, 2000.

Carcinoma urotelial infiltrante variante en nidos. Presentación de un caso

Rodrigo Muñoz A., Ma Elena Rojas T., Isabel Alvarado C

Introducción: el carcinoma urotelial infiltrante variante en nidos tiene una frecuencia de presentación del 0.3% dentro de las neoplasias uroteliales de alto grado, hasta el momento se han reportado 50 casos en la literatura.

tura. El patrón morfológico obliga a realizar diagnósticos diferenciales con lesiones benignas. **Caso clínico:** presentación de un caso con una variante histológica poco frecuente que puede ser subdiagnosticada con lesiones benignas. Se presenta el caso de un hombre de 63 años, que fue diagnosticado con carcinoma urotelial de alto grado en el año 2007. Se realizó nueva resección en 2008 con el mismo diagnóstico. La cistoscopia de este año mostró estenosis de uretra anterior, con edema buloso, con lesión en domo posterior exofítica de 1 cm. Los cortes histológicos mostraron una neoplasia epitelial con patrón de crecimiento en nidos en lámina propia, con citología benigna, remediando los nidos de Von Brunn que se extiende a muscular de la mucosa, donde la neoplasia muestra focos de anaplasia evidente. El carcinoma urotelial variante en nidos es una entidad poco frecuente de conducta biológica agresiva, que amerita un diagnóstico temprano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stern JB. Unusual benign bladder tumor of Brunn nest origin. *Urology* 1979;14:288-9.
2. Talbert ML, Young RH. Carcinomas of the urinary bladder with deceptively benign-appearing foci. A report of three cases. *Am J Surg Pathol* 1989;13(5):374-81.
3. Lin O, Cardillo M, Dalbagni G, Linkov I, et al. Nested Variant of Urothelial Carcinoma: A Clinicopathologic and Immunohistochemical Study of 12 Cases. *Mod Pathol* 2003;16(12):1289-98.

Retinoblastoma bilateral. Reporte de un caso

Rubén Mena Maldonado, Martha Leticia Llamas Ceras, María Irene

Rivera Salgado, Pedro Mario Pasquel García Velarde, María Inés Navarrete Martines, Humberto Wong Chavarria

Introducción: el retinoblastoma es la neoplasia maligna intraocular primaria más frecuente en los niños, menores de 5 años de edad, con alta incidencia en América central y sur América, aunque se desconoce la causa de la alta incidencia, el 20-30% de los retinoblastomas son bilaterales y en estos se conoce historia familiar de la enfermedad. La célula de origen del retinoblastoma es neuronal. El pronóstico se altera en forma adversa por la extensión extraocular y la invasión a lo largo del nervio óptico así como la invasión coroidea. El retinoblastoma tiende a extenderse al cerebro, médula ósea, y raramente a los pulmones. Se conoce que el retinoblastoma bilateral es de característica autonómica dominante, aproximadamente el 40% de los retinoblastomas son hereditarios, los portadores de una mutación del gen de supresión tumoral RB1 y los pacientes tienen un riesgo 10,000 veces mayor a desarrollar retinoblastoma habitualmente bilateral. El tratamiento es a base de radioterapia o enucleación ocular. **Caso:** femenino de 1 año de edad con antecedente familiar de retinoblastoma. Inicia su padecimiento 2 semanas de evolución caracterizado por fiebre, somnolencia, y fotofobia. En la exploración ocular se observan lesiones intraoculares bilaterales y se decide realizar estudios de imagen las cuales son sugestivos de retinoblastoma, se obtuvo líquido cefalorraquídeo encontrando infiltración a sistema nervioso, por lo que se decide su programación para

enucleación bilateral y radioterapia como tratamiento electivo. Se reciben globos oculares derecho e izquierdo, el primero presentaba al corte ocupación del 90% y el segundo 60% del vítreo de una masa blanquecina, granular y de consistencia firme. Histológicamente el ojo derecho e izquierdo presentan células pequeñas redondas con núcleos hipercromáticas, así como presencia de células rosetas de Flexneri-Wintersteiner y con áreas de necrosis, corroborando el diagnóstico de retinoblastoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Retinoblastoma: Review of Current Management. Texas Children's Cancer Center, Department of Ophthalmology, Department of Pediatrics, Section of Hematology/Oncology, Houston, Texas, USA; Department of Pathology.
2. Leal-Leal C, Flores-Rojas M, Medina-Sanson A et al. A multicentre report from the Mexican Retinoblastoma Group. *Br J Ophthalmol* 2004;88:1074-7.

Tumor inflamatorio miofibroblástico en laringe con crecimiento infiltrativo. Presentación de un caso poco habitual

María del Rocío Estrada Hernández, Mariana Veneroso Contreras, Héctor Prado Calleros, María Magdalena Reyes Castro, Gerardo Bravo Escobar, Dante Jesús Rivera Zetina
División de Patología, Hospital General Manuel Gea González

Caso clínico: mujer de 40 años con trauma laríngeo 14 años antes. Inició su padecimiento hace un año con dificultad respiratoria y estridor laríngeo. A la exploración el cuello con aumento de volumen a nivel de cartílago tiroides; laringoscopia: estenosis

subglótica que obstruye el 70% de la luz. La TAC y RM reportaron una lesión infiltrativa anterior a cartílago tiroides que afecta cartílago cricoides, cuerdas vocales y disminución de la luz de la vía aérea. Se efectuó resección de lesión cervical peritrapeal, la glándula tiroides sin alteraciones. Se envía a patología tejido de 4x3x1.5 cm. Histológicamente se identifica un componente de células ahusadas sin atipia en un estroma mixoide con linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos, macrófagos y pocos neutrófilos. La inmunohistoquímica reporta: vimentina (+++), actina de músculo liso (+), PanB (++), PanT (++), Masson (negativo), retículo (positivo). Se realiza diagnóstico de tumor inflamatorio miofibroblástico. Recibió tratamiento con fibrinolítico y esteroide con lo cual la estenosis subglótica se ha reducido al 30 %, su sintomatología actual es disfagia y disfonía. **Discusión:** los tumores inflamatorios miofibroblásticos forman un grupo inusual de lesiones, posiblemente reactivas, su transformación maligna y metástasis a distancia se han reportado. Se han asociado a trauma previo, radiación, inmunosupresión, infecciones (Herpes Virus Humano 8 y virus de Epstein-Barr). Se caracteriza por proliferación de miofibroblastos y fibroblastos mezclados con células inflamatorias agudas y crónicas. Se han descrito en la mayoría de los órganos, su presencia en cabeza y cuello es rara, sin embargo en esta localización la laringe (región de la cuerda vocal verdadera) es uno de los sitios habituales, en menor proporción se ha encontrado en cavidad oral, lengua, espacio parafaríngeo, tracto sinusal, glándulas salivales y tráquea. Ma-

croscópicamente su crecimiento es polipoide o nodular liso, confinadas a la mucosa, con proyecciones hacia la luz y sin evidencia de crecimiento invasivo. A pesar de que se hizo el diagnóstico en tejido superficial, actualmente la lesión con el tratamiento se ha reducido al 50%. Por tal razón consideramos excepcional este caso además de que su presentación infiltrativa es poco común según lo reportado en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wenig, Kenneth and Bisceglia. Inflammatory Myofibroblastic Tumor of the Larynx. Cancer 1995;76(11):2217-29.
2. Coffin, Hornick, Fletcher, et al. Inflammatory Myofibroblastic Tumor. Am J Surg Pathol 2007;31(4):509-20.
3. Coffin, Dehner and Meis-Kindblom. Inflammatory myofibroblastic tumor, inflammatory fibrosarcoma, and related lesion. Seminars in Diagnostic Pathology 1998;14(2):102-10.

Metástasis de estesioblastoma en cadena ganglionar cervical izquierda e infiltración focal de la parótida, durante la radioterapia. Presentación de un caso poco habitual

María del Rocío Estrada Hernández, Ana María González Hernández, Brenda Odil González Sánchez, María Magdalena Reyes Castro, Héctor Prado Calleros, Gerardo Bravo Escobar, Dante Jesús Rivera Zetina
Hospital General Dr. Manuel Gea González

Mujer de 34 años de edad, con antecedente de resección de estesioblastoma a los 29 años. Se le administraron 27 ciclos de radioterapia, el último en junio del 2008, en este periodo presentó un

nódulo en región parotídea izquierda, tres meses después se agregó otra lesión en región sub-mandibular ipsilateral; ambas de consistencia firme, bien delimitadas, no dolorosas, de lento crecimiento, sin datos de inflamación, no acompañada de otra sintomatología. En febrero de 2009 se le realizó parotidectomía superficial y disección de cadena yugular izquierda. En patología se recibió lóbulo superficial y cola de parótida, 1 glándula sub-mandibular y 5 ganglios. Histológicamente se encontraron nidos de células pequeñas con núcleos redondos de cromatina grumosa y escaso citoplasma en un fondo fibrilar; rodeados por células estromales fusiformes de núcleos aplanados. Se realizó inmunohistoquímica siendo positivas: enolasa neurona específica, P-S 100 en células que rodean los nidos neoplásicos, sinaptofisina en células neoplásicas. Se diagnóstico metástasis de estesioblastoma en dos ganglios cervicales izquierdos y uno intraparotídeo ipsilateral con infiltración focal de la parótida. El SPECT y RM confirmaron sólo metástasis izquierdas localizadas. El estesioblastoma es una neoplasia maligna neuroectodérmica poco frecuente, ocupa el 1% de los tumores en región sinonasal. Se origina de la mucosa olfatoria en la porción superior de la cavidad nasal. Presenta dos picos de incidencia a los 15 y 55 años, sin predominio de género. La sintomatología es obstrucción y hemorragia. Histológicamente presenta cuatro grados de diferenciación en base a la arquitectura lobular, presencia de neurópilo, formación de rosetas, necrosis y pleomorfismo nuclear. De acuerdo con la extensión se clasifica

en estadio A, B, C, D (A localizado y D metastásico). El 27-62% presenta recurrencia loco-regional durante los primeros 6 años. Las metástasis más frecuentes son a ganglios de cuello en los primeros 2 años post-diagnóstico. La relevancia de este caso es resaltar la presentación concomitante de las metástasis durante la radioterapia, siendo un caso poco frecuente ya que en la literatura se refieren sin relación sincrónica. Por otro lado la afección ganglionar unilateral e infiltración focal parotídea se considera un evento excepcional de acuerdo a lo reportado por otros autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharma S, Sharma M, et al. Es-thesioneuroblastoma- a Clinico-pathologic Study and Role of DNA Topoisomerase Alpha. *Path Oncol Res* 2007;13:123-9.
2. Silva E, Butler J, et al. Neuroblastomas and Neuroendocrine Carcinomas of The Nasal Cavity A Proposed New Classification. *Cancer* 1982;50:2388-405.
3. Mills S, Carter D, et al. Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology. 4th ed. Vol 1. Philadelphia: 2004;pp:979-82.
4. Weiss S, Goldblum J. Enzinger & Weiss's Soft Tissue Tumors. 5th Ed. China 2008:979-82.

Pólipo placentario. Presentación de un caso

Dante Díaz Martínez, Vicente Martínez Ramos, Adriana Santos Lartigue, Amparo Lomas F., César Escobar Moreno, Gabriela M. Quiroga, Hugo Alberto Cepeda López, Tofic Saleh Montalbo

Paciente de 26 años de edad que inicia su padecimiento un mes posterior a cesárea, con sangrado uterino intermitente, se incrementa en cantidad acompañándose de coágulos. El

USG con endometrio de 4 cm., en apariencia de restos por lo que se realiza legrado uterino, con reporte de patología de vellosidades coriales. HGC negativa, al mes reinicia con sangrado uterino, USG: presencia de masa endometrial, por lo que se realiza histerectomía. Tener en cuenta esta entidad como causa de sangrado uterino anormal en el puerperio. **Revisión de un caso clínico y literatura:** se realiza histerectomía más salpingectomía bilateral con reporte histopatológico de pólipo placentario. El pólipo placentario es una causa de sangrado uterino disfuncional en el puerperio, se origina en un cotiledón o fragmento acreto de una placenta normal. Histológicamente se encuentran vellosidades coriales con estroma con cambios degenerativos y trofoblasto hialinizado., en el área de implantación, no se observan decidua entre dichas vellosidades y el miometrio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kurt Benirschke, Peters kasmann. *Pathology of Human Placental*, editorial Springer, 4a edición, 2000;pp:276-8.

Carcinoma metaplásico de células fusiformes de la mama. Reporte de dos casos

Indara Dely Bahena Rodríguez, Myrna Doris Arrecillas Zamora, Teresa Andrea Vela Chávez, Víctor Manuel Pérez Sánchez, Hugo Ricardo Domínguez Malagón

Los carcinoma metaplásicos de células fusiformes (CCF), ocupan < 5% de los carcinoma metaplásico de la mama CMM, con capacidad metastásica ganglionar mínima, ulceran la piel, son sólidos quísticos.

Conocer las características histológicas e inmunohistoquímica de esta neoplasia, debido a que su aspecto histológico se prestan a diagnóstico diferencial con tumores bifásicos de mama, otras lesiones fusiformes incluyendo sarcomas primarios.

Presentación clínica: mujer 52, con tumor en mama de 40 x 20 cm, ulcerado, aspecto sólido. Mujer 61, con tumor en mama de 13 x 7 cm, sólido quístico. El carcinoma metaplásico de la mama (CMM) ocupan <1% de los carcinoma invasores, muestran una mezcla de componentes homólogos o heterólogos, con áreas de adenocarcinoma con diferenciación escamosa, fusocelular y/o mesenquimal o puras sin componente epitelial. El CCF ocupa < 5% de los CMM, ulceran la piel, sólidos quísticos y clínicamente son similares al convencional. Hasta 1989 se habían reportado 100 casos. Este tipo de carcinomas son positivos para citoqueratinas de alto peso molecular, p 63 y actina, por lo que se propone un fenotipo mioepitelial de estos tumores. El diagnóstico definitivo se realiza con microscopia electrónica, demostrando uniones de tipo desmosoma entre las células neoplásicas. Las características clínico-patológicas, de IHQ y microscopia electrónica expresada en ambas lesiones son similares a lo reportado en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Am J Surg Pathol* 2006;30(3).
2. *Am J Surgery* 2006;191:657-64.
3. *Am J Surg Pathol* 2001;25(8):1009-16.
4. *Virchows Arch* 2008;452:575-9.

Sarcoma de células dendríticas interdigitantes (CDI) de amígdala faríngea

Julieta García Gutiérrez, Nelly Cruz Viruel, Teresa Cuesta Mejías, Ma. Evelin Cortés Gutiérrez
Hospital Juárez de México

Introducción: el sarcoma de CDI es una neoplasia extremadamente rara con características fenotípicas similares a las de células dendríticas interdigitantes. Se presenta con mayor frecuencia en ganglio linfático con reportes aislados de presentación extraganglionar (piel y tejidos blandos). **Objetivo:** presentación de un caso raro, poco conocido con localización inusual. **Material y métodos:** hombre de 64 años con lesión exofítica que depende de fosa amigdalina derecha e infiltra pilar posterior de 3.5cm de diámetro mayor. Se recibe laminilla de revisión con diagnóstico previo de carcinoma epidermoide poco diferenciado. Se realizó inmunomarcación para descartar otras neoplasias. **Resultados:** se identifica lesión neoplásica con patrón de crecimiento difuso compuesto por células de redondas a ovoides con abundante citoplasma eosinófilo y nucleólo prominente. Atipia citológica de leve a moderada, conteo mitótico de 3 por 10 campos de alto poder, necrosis coagulativa y hemorragia focal. En un fondo inflamatorio mixto compuesto por linfocitos reactivos de predominio T, células plasmáticas y eosinófilos. Las células neoplásicas expresaron inmunorreacción para PS-100, vimentina, CD68, lisozima y CD45. Marcadores de células dendríticas foliculares fueron negativos. **Conclusiones:** el sarcoma de CDI es una neoplasia extremadamente rara con pocos casos reportados en la literatura. Por su localización en amígdala faríngea se deben excluir

otras neoplasias que predominan. Aún así debe de tomarse en cuenta su probable presentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weiss LM, Grogan TM, Chan JKC. WHO Classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. 4th Ed. 2008.

Paraganglioma primario de tiroides. A propósito de un caso

Elizabeth Escobar Acosta, María Guadalupe J. Torres Núñez, María Elena Rojas Torres, Isabel Alvarado Cabrero

Anatomía Patológica, Hospital de Oncología CMN Siglo XXI, México, DF

Introducción: los paragangliomas son tumores neuroendócrinos, de comportamiento benigno que corresponden al 0.017% de las neoplasias de cabeza y cuello. Solo hay 26 casos de localización intratiroidea reportados, los cuales son no funcionantes y sin relación con neoplasia endócrina múltiple. Es probable que su origen sea apartir de un paraganglioma laríngeo inferior con invasión a la cápsula tiroidea. Clínicamente pueden ser asintomáticos o manifestarse con aumento de volumen en cara anterior de cuello, disfagia, odinofagia, estridor y hemoptisis. La escisión quirúrgica sin disección de cuello, es el tratamiento electivo. **Objetivo:** presentación de un caso con neoplasia de localización poco frecuente. **Caso clínico:** mujer de 66 años sin antecedentes familiares ni personales de enfermedad o radiación tiroidea, con padecimiento de 6 meses de evolución asintomático, con aumento de volumen progresivo en cara anterior de cuello, doloroso a la

palpación, móvil. Pruebas de función tiroidea normales. Se realizó hemitiroidectomía con hallazgo quirúrgico de nódulo de 2cm bien delimitado, café amarillo. En la histología con patrón en nidos rodeados de células fusiformes, escaso estroma. Positivo para S-100, cromogranina. Negativos para tiroglobulina y calcitonina. **Discusión:** el diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con carcinoma medular, el cual presenta elevación sérica y positividad a la calcitonina. Si los marcadores epiteliales tiroglobulina y antígeno carcinoembrionario son negativos, se puede descartar el adenoma trabecular hilitizante, tumor carcinoide metastásico, carcinoma metastásico y adenoma folicular atípico. Por lo tanto, el paraganglioma intratiroideo debe considerarse diagnóstico de exclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corrado S, Montanini V, De Gaetani C. Primary paraganglioma of the thyroid gland. J Endocrinol Invest 2004;27:788-92.
2. Fabio Roberto Pinto, et al. Unusual location of a cervical paraganglioma between the thyroid gland and the common carotid artery: case report. Clinica 2008;63(6):845-8.

Carcinoma basaloide de la próstata presentación de un caso

Nina Paola Ríos Luna, Sergio Sánchez Sosa

Introducción: el cáncer de próstata es una causa común de mortalidad en el mundo. El mayor número de los carcinomas de próstata que se estudian en la práctica diaria corresponden a adenocarcinoma acinar de la próstata (> 90 %), sin embargo exis-

ten variante inusuales que deben ser reconocidas. **Objetivo:** revisar las características histopatológicas e inmunohistoquímicas, así como el diagnóstico diferencial y los casos descritos hasta la fecha en la literatura. **Caso clínico:** se presenta un caso clínico de un hombre 67 de años, con H.C. de síndrome prostático. APE en límites normales para su edad y US con crecimiento prostático y obstrucción uretral. Con Dx de Hiperplasia se realizó RTU y se obtuvieron 51 g. Histológicamente se identifica una neoplasia con células pequeñas de aspecto basaloide, formando estructuras de aspecto acinar o espacios cribiformes, que infiltran difusamente el estroma, con material eosinófilo PAS positivo en la luz. El estudio de inmunohistoquímica mostró células basales con expresión de CK de alto peso molecular (CK 34BE 12), p63 y CK 14 y negativo para PSA; Ki 67 fue expresado en 10% de las células neoplásicas y BCL-2 resulto positivo. El seguimiento después de 8 meses es libre de enfermedad por TAC y asintomático, no recibió QT ni RT y esta bajo vigilancia. **Discusión:** el carcinoma basaloide de la próstata es un subtipo histológico raro de cáncer de próstata; el pronóstico en estos pacientes es incierto ya que la recurrencia y metástasis se ha reportado en infrecuentemente, afectando principalmente hígado pulmón e intestino. El diagnóstico diferencial incluye: la hiperplasia de células basales y el patrón cribiforme del adenocarcinoma acinar de la próstata. La morfología peculiar de éste tumor y la IHQ son útiles para separarlas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mod Pathol 1997;19:612-29.
2. Am J Surg Pathol 2003;27:1523-9.
3. Arch Pathol Lab Med 2007;131:637-40.

Coristoma hepático en la vesícula biliar. Reporte de un caso y revisión de la literatura

María Victoria González Franco, Jesús Ancer Rodríguez, Oralia Barboza Quintana, Gabriela Alarcón Galván

Introducción: se denomina coristoma a la presencia de tejido histológicamente normal en una localización anormal. El coristoma hepático es una condición poco común que se identifica con mayor frecuencia durante la exploración quirúrgica del abdomen, se pueden encontrar en distintas localizaciones. **Objetivo:** describir un caso de coristoma hepático en la vesícula biliar y revisar la literatura existente. **Material y métodos:** se recabaron los datos clínicos, ultrasonido abdominal, examen macroscópico de la colecistectomía así como revisión de la literatura. Femenino de 40 años con dolor abdominal, náusea y vómito. Ultrasonido abdominal que reporta colelitiasis, con hígado y vesícula biliar de aspecto normal. Se realiza colecistectomía electiva, sin complicaciones. La vesícula biliar mostró abundantes cálculos y un nódulo de 1.5 x 1 cm en el fondo, adosado a la serosa. Al estudio microscópico el nódulo corresponde a parénquima hepático, encapsulado, con presencia de vasos y triadas portaes el cual se encuentra sin contacto con la mucosa. **Discusión:** la vesícula biliar es el sitio mas frecuente de presentación del coristoma hepático, aun así se han descrito solamente 21 casos en la literatura internacional.

Diferentes autores han descrito la susceptibilidad de éste tejido ectópico a la carcinogénesis por lo que es importante su identificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ectopic liver and hepatocarcinogenesis: Report of three cases with four years follow-up. European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 2004.
2. Two cases of ectopic liver attached to the gallbladder wall. HPB, 2002;4(4).
3. Ectopic liver simulating a mass in the gallbladder wall: imaging findings. American Journal of Radiology 1994;162.

Sarcomatosis leptomeníngea (información de un caso de autopsia)

M. A. Rodríguez Florido, J. Pérez Espinoza, D. T. Ayala Dávila, M. V. Soto Abraham, L. Chávez Macías, J. E. Olvera Rabiela

Unidad de Patología, Hospital General de México. Facultad de Medicina, UNAM

Varón de 17 años con antecedente de Rabdomiosarcoma retroperitoneal tratado con quimioterapia. El padecimiento final se inició 14 días antes de su defunción con hidrocefalia tratada con derivación ventrículooperitoneal, 12 días después presentó cefalalgia, hiporexia, náusea, vómito, desorientación y tendencia a la somnolencia. En la exploración neurológica presentó datos de edema de papila bilateral. Se colocó nuevo sistema de derivación, continuó con mal estado general y falleció. En el estudio de autopsia hay tumor residual en los tejidos blandos retroperitoneales. El encéfalo presenta opacidad generalizada de las leptomeníngeas con predominio de la superficie ventral, la aracnoides y los nervios craneales se encuentran

engrosados. En los cortes histológicos se observan células neoplásicas en el espacio subaracnoideo con infiltración en la corteza cerebral, hipocampo, mesencéfalo, puente, bulbo, médula espinal cervical, nervios craneales y extensión al sistema ventricular. Los tumores metastásicos en el Sistema Nervioso Central (SNC) son principalmente de origen epitelial, el carcinoma broncogénico y de mama son los que ocupan los primeros lugares como sitios primarios. Los sarcomas metastásicos en SNC son poco frecuentes, ejemplos de ellos son el rabdomiosarcoma, liposarcoma y sarcoma sinovial entre otros. El rabdomiosarcoma cuando presenta metástasis en SNC no necesariamente puede presentar signos radiológicos que evidencien actividad tumoral, por lo que algunos autores proponen no utilizar estos métodos de estudio como rutina ante pacientes asintomáticos. Por otra parte la ausencia de estudios postmortem en casos de rabdomiosarcoma hace menos frecuente la demostración de metástasis en SNC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spunt Sheri L. et al. Routine Brain Imagin Is Unwarranted in Asymtomatic Patients with Rhabdomyosarcoma Arising outsider of the Head and Neck Region That Is Metastatic at Diagnosis. A report from the Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group. Cancer 2001;92(1).

Angiosarcoma de mama post-radioterapia

Candelaria Cordova Uscanga, Fernando Candanedo Gonzalez, Elizabeth Escobar Acosta, Isabel Alvarado Cabrero

Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI, IMSS, México DF

El tratamiento post-radioterapia puede inducir neoplasia maligna después de un periodo de 5 a 10 años. Los angiosarcomas se presentan en menos del 2% de todos los sarcomas, en general. Sin embargo, representan 15% de los sarcomas inducidos post-radioterapia (post-Rt) en pacientes con cáncer de mama. **Objetivo:** analizar las características clínico-morfológicas e inmuohistoquímicas del angiosarcoma de mama en una paciente con antecedente de carcinoma mamario, en la que en un inicio se sospecho recurrencia en piel de mama versus patología inflamatoria secundaria a proceso infeccioso. **Informe del caso:** mujer de 85 años tratada en 1999 con cuadrantectomía y disección radical de axila izquierda por presentar carcinoma ductal infiltrante poco diferenciado. Posteriormente recibió varios ciclos de Rt aunado a tamoxifen durante 19 años. En Septiembre de 2008 inició con eritema en piel de glándula mamaria izquierda y posteriormente se agregó dolor. Por lo que acude al Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI. En la exploración física se confirma la presencia de lesión que afecta la piel por debajo del complejo areola-pezones. Se realizó biopsia de piel. Histológicamente se observó neoplasia maligna ulcerada, compuesta por numerosos vasos sanguíneos de tamaño variable, revestidos por células pleomórficas, con núcleos hiperclomáticos y escasas mitosis atípicas que correspondió a angiosarcoma grado II. Se realizó estudio de Inmunoistoquímica que fue positivo de forma difusa en las células

neoplásicas para CD31 y negativa para citoqueratinas. **Comentario:** los angiosarcomas post-Rt de mama son neoplasias poco frecuentes y por tanto difíciles de reconocer. Esto es debido a que su morfología es variable y en algunas ocasiones se puede confundir con otras neoplasias poco diferenciadas como melanoma amelanótico, carcinoma e incluso procesos reparativos, como fue en nuestro caso. Sin embargo, es importante, tener presente que esta patología se presenta con mayor frecuencia en pacientes con cáncer de mama tratadas con radioterapia. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la conducta biológica de los angiosarcomas post RT es mas agresiva y por tanto son de peor pronóstico. Es necesario tomar biopsia generosa de la lesión para realizar un diagnóstico certero y como complemento estudio de inmuohistoquímica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Actas Demosifilogr 2005;96(9):602-6.
2. Cancer Radiother 1998;2(4):381-6.

Leiomioma sarcoma renal con invasión a vena suprahepática metastásico a pulmón

Jorge Castelán Pedraza, Candelaria Cordova Uscanga, Fernando Candanedo González, Jazmín González de Anda, Ivonne Cuadra García, Ma. Eugenia Palmerín Bucio, Juan Carlos León Contreras, Héctor Santiago Payan

Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI, IMSS, México DF

Los sarcomas del riñón son extremadamente raros, representan 1% de todas las neoplasias malignas

primarias de riñón. Los leiomiomas primarios de riñón son poco frecuentes, normalmente se originan de la cápsula renal o el músculo liso en la pared de la pelvis renal o el de los vasos de gran calibre renales. Se presentan a cualquier edad con igual frecuencia en hombres y mujeres.

Objetivo: analizar la historia natural del leiomioma renal en una paciente. **Informe del caso:** mujer de 43 años, con antecedentes de diabetes mellitas tipo 2, hipertensión arterial sistémica e histerectomía por leiomiomatosis en Diciembre de 2006. Su padecimiento actual lo inició en Abril de 2008 con disnea de medianos esfuerzos. Por lo que se realizó tele de tórax que mostró tres lesiones; dos en lóbulo superior y una en lóbulo inferior de pulmón derecho. Fue sometida a metastasectomía. En el análisis histopatológico se evidenció la presencia de sarcoma indiferenciado de sitio no determinado. En Agosto de 2008 se le realizó tomografía axial computarizada, la cual mostró tumor renal izquierdo con extensión hasta la vena cava suprahepática. Por lo anterior se realizó nefrectomía radical. En el estudio macroscópico se identificó tumor sólido, bien delimitado, de superficie arremolinada, que sustituía en su mayor parte al parénquima renal, de 20 x 15 cm. En el estudio microscópico se observó neoplasia maligna mesenquimatosas de tipo fusocelular. Las células neoplásicas con núcleos pleomórficos, citoplasma eosinófilo y abundantes mitosis atípicas. Se realizó estudio de IHQ que mostró positividad para vimentina y actina de músculo liso y negatividad para citoqueratinas. También se realizó microscopía electrónica que mostró filamentos con cuerpos

densos y lamina basal externa. Dos días después de la cirugía el paciente falleció por choque hipovolémico e insuficiencia renal. **Comentario:** este tipo de sarcomas deben ser distinguidos de carcinomas de células renales sarcomatosos y sarcomas retroperitoneales. Los estudios de inmunohistoquímica y microscopía electrónica son importantes para confirmar el diagnóstico preciso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mohammad Moazzam, M Hammad, Akber S Hussaini. Leiomyosarcoma presenting as a spontaneously ruptured renal tumor case report. BMC Urology 2002;2:13-15.
2. Lee Swee KoK, Leiomyosarcoma of the Kidney-A case report with review of the literature. Singapore Medical Journal 1971;12(2):114-9.

Carcinoma epidermoide primario de la mama y revisión de la literatura

Román Morales Sánchez, Erisel Cruz Ruiz, Julio E. Palacios Jiménez, Jorge Alberto Ramírez Matus

Introducción: el Carcinoma Epidermoide de Mama es una neoplasia poco frecuente y representa el 0.06 al 1.1% de las neoplasias malignas de la mama. Su histogénesis aun no esta bien definida. La clínica es parecida a otros tumores mamarios pero radiologicamente es frecuente que se presente como quistes complejos. Su tratamiento no difiere del resto de los tumores de mama, aunque el pronóstico es incierto. **Objetivo:** el objetivo de presentar este caso es dar a conocer sus características clínico-patológicas de una de las variantes de Carcinoma Mamario poco frecuentes y hacer una revisión de la

literatura. **Caso clínico:** mujer de 49 años con antecedente de quemadura con agua caliente en brazo y parte del tórax derecho a los 4 años de edad. Inicia padecimiento hace un año con aumento de volumen a nivel del cuadrante superior de mama derecha, con dolor leve; acude a Médico quien decide realizar biopsia por aspiración, obteniendo escaso líquido, el cual no es enviado para análisis. Persiste con dolor por lo que se realiza biopsia excisional de tumor quístico gigante de mama derecha. El tumor correspondió a tejido fibroadiposo nodular que midió 7x7x6 cm., la superficie de corte mostró quiste de 3 x 2.5 cm., la superficie interna era café oscuro granular con grosor de la pared de 1 a 4 cm., de color blanco amarillento y de consistencia firme. Los hallazgos microscópicos mostraban neoplasia escamosa maligna con núcleos grandes, pleomórficos y escaso citoplasma eosinófilo denso con algunas perlas de queratina. No se identificó ningún otro componente epitelial. **Conclusión:** en conclusión; el carcinoma epidermoide primario de la mama es poco frecuente y aparece en mujeres post-menopausicas con un curso clínico indolente, en los que se requieren criterios histológicos estrictos para realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades primarias o metastásicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Behranwala KA, Nasiri N, Abdullah N, Trott PA, Gui GPH. Squamous cell carcinoma of the breast: clinicopathologic implications and outcome. Eur J Surg Oncol 2003;29:386-9.
2. Wrightson WR, Edwards MJ, McMaster KM. Primary squamous cell carcinoma of the breast present-

- ting as a breast abscess. Am Surg 1999;65(12):1153-5.
3. Zoltan TB, Konick L, Coleman RJ. Pure squamous cell carcinoma of the breast in a patient with previous adenocarcinoma of the breast: a case report and review of the literature. Am Surg 2001;67(7):671-3.
 4. Gupta G, Malani AK, Weigand RT, Rangenini G. Pure primary squamous cell carcinoma of the breast: A rare presentation and clinicopathologic comparison with usual ductal carcinoma of the breast. Pathol Res Pract 2006;6:465-9.

Dacrioadenitis esclerosante crónica (DEC). Una manifestación poco conocida, del espectro de enfermedades esclerosantes relacionadas con IgG4

Georgia Alderete Vázquez, Daniel Carrasco Daza

La enfermedad esclerosante relacionada con IgG4, es una entidad generalizada, probablemente autoinmune, multivisceral, benigna por su respuesta a los esteroides. El prototipo de esta condición es la pancreatitis esclerosante linfoplasmocítica, sin embargo se han descrito afectación de vejiga, hígado y vías biliares, riñones, glándula mamaria, pulmones, tiroides, próstata, ganglio linfático, glándulas salivales y recientemente glándulas lacrimales. La DEC es poco frecuente (5-7.8% de los procesos inflamatorios orbitarios), rara en niños y difícil de diagnosticar. Se caracteriza por dolor, proptosis, oftalmoplejia, edema, eritema, curso crónico y respuesta insidiosa al tratamiento. El involucro de la glándula lagrimal en esta entidad ha sido poco referido y es por tanto poco conocido. El sustrato histopatológico con atrofia de acini, infiltración linfoplasmocítica con formación de folículos linfoides

secundarios con centros germinales, fibrosis periductal y esclerosis así como flebitis y numerosos agregados de células plasmáticas IgG4 positivas son los marcadores característicos de esta condición, y el patólogo quirúrgico debe conocerlos para sospechar la entidad y establecer el diagnóstico diferencial. **Caso clínico:** presentamos el caso de una adolescente (15 años) con historia de tumor, dolor y proptosis de ojo izquierdo (OI) de 6 meses de evolución. Los estudios de imagen confirmaron los hallazgos y con el diagnóstico presuncional de Rbdomiosarcoma se le realizó una biopsia incisional. La muestra era pequeña de 1x0.7x0.6 cm y los fragmentos blancos y firmes. Los hallazgos histológicos fueron los descritos para la entidad en otros sitios anatómicos como las bandas de esclerosis, flebitis, formación de folículos linfoides, atrofia y daño linfopitelial acinar y con la expresión predominante de IgG4 en los grupos de plasmocitos. Los estudios séricos complementarios exhibieron ANCA positivos (++/ perinuclear), ANA positivo y los valores séricos de IgG4 no han sido concluyentes. **Discusión:** en función de este caso y la revisión de la literatura consideramos importante dar a conocer estos hallazgos que sustentan el diagnóstico de DEC y hacen de la biopsia un método alternativo de diagnóstico para evitar la orbitotomía e iniciar rápidamente el tratamiento para evitar algunas de las complicaciones descritas como la ceguera.

BIBLIOGRAFÍA

1. IgG4-Related Chronic Sclerosing Dacryoadenitis. Arch Ophthalmol 2007;125:1575-8.

2. Idiopathic Sclerosing Orbital Inflammation. Arch Ophthalmol 2006;124:1244-50.
3. Complication of IgG4-Related Chronic Sclerosing Dacryoadenitis by Lymphoma. Arch Ophthalmol 2008;126:1170.
4. Chronic Sclerosing Dacryoadenitis: Part of the Spectrum of IgG4-related Sclerosing Disease? Am J Surg Pathol 2007;31(4):643-5.
5. A case of immunoglobulin G4-related chronic sclerosing sialadenitis and dacryoadenitis associated with tuberculosis. Mod Rheumatol 2008; en prensa.

Subependimoma. Informe de un caso y revisión de la literatura

César Mauricio Rojas Maruri, Daniel Carrasco Daza

Instituto Nacional de Pediatría, SS

Los subependimomas son tumores benignos, de crecimiento lento, se encuentran incidentalmente en el cuarto ventrículo (en autopsias) y están generalmente asociados con hidrocefalia, efecto de masa y son extremadamente raros en niños.

Objetivo es presentar un “tumor biológicamente benigno”, con una morfología bien conocida, pero infrecuente en niños, y plantear el diagnóstico diferencial. **Descripción del caso:** pre-escolar de 5 años de edad y originario de Taxco, Guerrero. Historia de seis meses, caracterizada por irritabilidad, cefalea, vómito, trastornos de la marcha y síndrome cerebeloso vermiano. Ingresó con hipertensión endocraneana, en la TAC, se observó hidrocefalia supratentorial y lesión tumoral del cuarto ventrículo, heterogénea, con calcificaciones en su interior y que ocupaba toda la luz del mismo y se extendía a la cisterna cuadrigémina y salía por los agujeros de Lushka. Se le colocó derivación ventrículo-peritoneal y se

hizo resección tumoral. El tumor era blanco y medía 4x3 x0.8 cm., la histología correspondió a una neoplasia intraventricular y subependimaria caracterizada por la proliferación laminar y en nódulos multicéntricos de células gliales. Los nódulos están constituidos por grupos de núcleos en arreglo lobular y en paralelo, inmersos en áreas de proliferación gliofibrilar. Había formación de pseudorosetas, necrosis isquémica focal y proliferación de endotelio vascular con neoformación, así como calcificaciones concéntricas. Se

observaban también áreas microquísticas. Las atipias eran leves y las mitosis ocasionales. **Comentarios y discusión:** los subependimomas son raros, representan solo el 0.51% de todos los tumores de Sistema Nervioso Central en algunos centros hospitalarios en USA. En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) este es el primer caso conocido entre los más de 600 tumores del Sistema Nervioso Central revisados de 1985 al 2009 (-del 0.1 %). Es importante aprender a reconocer este tumor por su buen pronóstico y respuesta al tratamiento, y

debe definirse en el mismo la coexistencia de un componente endependimario (Tumor Mixto) que ensombrecería el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mallik MK, Babu N, Kakkar N, Khosla VK, et al. Subependymomas in children: A report of five cases including two with osseous metaplasia. *Neuro India* 2003;51(1):98-99.
2. Rushing EJ, Cooper PB, Quezado M, Begnami M, Crespo A. Subependymoma revisited: clinicopathological evaluation of 83 cases. *J Neurooncol* 2007;85(3):297-305. Epub 2007 Jun 14.