

Resúmenes del VIII Congreso Nacional de la Federación de Anatomía Patológica de la República Mexicana, AC*

Adenocarcinoma invasor del cérvix con extensión intramucosa al endometrio y ambas salpinges

María de Jesús Valdés González,*
Delia Pérez Montiel,** José Gregorio Chanona Vilchis,** Astrid Yelitza Valverde García**

* HCSAE PEMEX

** INCAN

La infiltración al cuerpo uterino por un carcinoma de cérvix se presenta con invasión al miometrio y diseminación linfática en la mayoría de las ocasiones, siendo la variedad histológica más frecuente el carcinoma epidermoide. La extensión intramucosa del endometrio y salpinges por un carcinoma cervicouterino ha sido descrito previamente en raras ocasiones, en todos ellas el tipo histológico correspondió a carcinoma epidermoide. No existe hasta el momento en la literatura informe de extensión intramucosa de endometrio y ambas salpinges por adenocarcinoma endocervical. **Presentación del caso:** mujer de 44 años, con antecedente de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo endocervical, de tres años de evolución tratada con QT, RT y BT. Sin actividad tumoral por dos años. Se le realizó TAC, que reportó datos en relación con hidrometra y USG con reporte de hematometra secundaria a estenosis

cervical. PAP negativo. A la EF se encontró cérvix cupulizado, sin datos de actividad pélvica, sin ser posible la dilatación del útero, por lo que se programó para HTA. La TAC preoperatoria reportó piometra y aumento de líquido con respecto al estudio previo. **Hallazgos patológicos:** se recibió útero y salpínge derecha con peso de 600 g, y medidas de 14 x 13 x 9 cm, con serosa marrón clara, lisa, despulida. Al corte la cavidad endometrial se halló dilatada por contenido seromucinoso, transparente y filante, la pared miometrial se encuentra adelgazada con un promedio de 0.4 cm de espesor. En la cavidad endometrial se hallan libres en el líquido e implantadas lesiones papilares rosa claro de consistencia blanda, que varía de tamaño de 0.2 a 2 cm, predominantemente en pared posterior e istmo. El cuello uterino presenta lesión blanca sólida que infiltra hasta el tercio medio de la pared cervical. La salpínge derecha mide 7 x 0.4 cm, y presenta dilataciones intermitentes de hasta 1.7 cm por lesión intraluminal papilar y sólida. Por separado se recibe salpínge izquierda que mide 1.5 x 0.6 cm, en la serosa se observa implante de lesión papilar blanca, de consistencia blanda que mide 2 x 1.5 x 1.5 cm, al corte de la salpínge se observa lesión intraluminal blanquecina. Histológi-

camente, se observa adenocarcinoma endocervical moderadamente diferenciado que infiltra 0.6 cm de una pared cervical y se extiende hacia al endometrio, sin infiltración de la pared miometrial, con crecimiento exofítico, extensión intraluminal e infiltración focal a la pared de ambas salpinges, así como implantes en la serosa de las mismas. Por inmunohistoquímica se corrobora origen endocervical CEA y p16 positivos en células neoplásicas de cérvix, útero e implantes de salpínge. vimentina, RE y RP, negativos. **Discusión:** la extensión endometrial, de cualquier tipo de carcinoma cervical, es rara, es más frecuente el de carcinoma epidermoide, hay reportados hasta la fecha 25 casos. No existen casos reportados de extensión endometrial y tubárica intramucosa de adenocarcinoma endocervical. Se presenta el caso único de adenocarcinoma endocervical, con extensión hacia endometrio y salpinges, manifestado por dilatación endometrial, interpretado por TAC como piometra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zidi YSHI. Primary *in situ* squamous cell carcinoma of the endometrium, with extensive squamous metaplasia and displasia. *Gynecol Oncol* 2003;88:444-6.

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

2. Kanbour AI. Squamous cel carcinoma *in situ* of the endometrium and fallopian tube as superficial extension of invasive cervical carcinoma. *Cancer* 1978; 42:570-80.
3. Nakao Y. Endometrial extension of adenosquamous carcinoma of the uterine cervix. *Int J Gynecol Cancer*. 2004;14:625-27.

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

Fabiola Elizabeth Rodríguez Ramírez, Axel Ramírez Varela, Ma. Evelin Cortés Gutiérrez, Rafael Peñavera Hernández, Eva López Pérez, Guillermina Lara Cuervo

El carcinoma gástrico representa el 0.05% de las neoplasias gastrointestinales pediátricas. La mutación E-cadherina/CDH1, grupo sanguíneo A, infección por *H. pylori* y virus del Epstein Barr, son factores predisponentes para padecer la enfermedad. El carcinoma gástrico en niños y adolescentes es anatómica y clínicamente distinto del que se presenta en adultos mayores. El pronóstico en etapas avanzadas es peor que en pacientes en edades habituales de presentación. Se describen los hallazgos de autopsia de niña de 15 años con adenocarcinoma gástrico. **Presentación del caso:** niña de 15 años con grupo sanguíneo A que acudió a nuestro hospital con astenia, pérdida de peso de 15 kg, dolor y distensión abdominal de tres meses de evolución. Se realizó laparotomía exploradora, encontrándose carcinomatosis, con toma de biopsia y de líquido abdominal. Posteriormente se realizó endoscopia en busca del tumor primario. Falleció tres meses después del diagnóstico, y se realizó la necropsia. El líquido abdominal fue positivo a células neoplásicas, mien-

tras que la biopsia de epiplón mostró adenocarcinoma moderadamente diferenciado. En la biopsia endoscópica gástrica se identificó adenocarcinoma de tipo difuso con células en anillo de sello. La necropsia reveló estómago con engrosamiento difuso de la pared que histológicamente correspondió a adenocarcinoma gástrico mixto, además de infiltración multiorgánica. El carcinoma gástrico en pacientes jóvenes es raro y presenta comportamiento clínico agresivo. Desafortunadamente se diagnostica en etapas avanzadas, y fallecen 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.

Adenoma de glándulas ceruminosas. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Martha Arisbeth Villanueva Pérez, Rebeca Jiménez Herrera

El término de adenoma ceruminoso fue descrito por primera vez por Haug en 1894, posteriormente en 1987 Moss lo define como un tumor benigno bien diferenciado, con proliferación de glándulas histológicamente similares a las glándulas ceruminosas normales. Thompson en 2004 lo clasificó como neoplasia benigna bien diferenciada, localizada; puede tener componente quístico y proliferación papilar glandular histológicamente similar a las glándulas ceruminosas. **Presentación del caso:** se describe el caso de femenino de 66 años de edad con dolor auricular izquierdo, hipoacusia y posterior-

mente acúfenos. Es hospitalizada con diagnóstico de tumor de conducto auditivo externo izquierdo que ocluye la luz en 98%. El material remitido corresponde a dos fragmentos de tejido, irregulares, el mayor de 1.3 cm y el menor de 0.8 cm de coloración grisáceo, de consistencia blanda. El adenoma ceruminoso es una neoplasia caracterizada por proliferación dual, de glándulas oxifílicas regulares con secreción apócrina, que emite proyecciones intraluminales, el epitelio descansa sobre una capa de células mioepiteliales, el estroma entre las glándulas es de aspecto fibroso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mills RG, Douglas-Jones T, Williams RG. 'Ceruminoma': a defunct diagnosis. *J Laryngol Otol* 1995;109:180-8.
2. Lester DR, Thompson MD, Brenda L, et al. Ceruminous adenomas clinicopathologic study of 41 cases with a review of the literature. *Am J Surg Pathol* 2004;28(3).

Reporte de caso: ameloblastoma folicular

José Ramón Heredia R, R Canchola, JS Cerda

Es una lesión odontogénica localmente infiltrante, constituida por epitelio germinativo dental y estroma fibroso, localizada en el ángulo mandibular de los terceros molares. Representa 11% de los tumores odontogénicos, se manifiesta entre la tercera y quinta década de la vida, sin predilección de género. La variante histológica más frecuente es la folicular, se caracteriza por la formación de islas con células cuboidales con núcleos polarizados y células poliédricas con disposición central que asemeja al retículo estre-

llado del esmalte. **Presentación del caso:** paciente femenina de 47 años con tumoración en mandíbula por debajo de terceros molares derechos que protruye a mucosa oral de tres años de evolución. Revisión de laminilla con tejido enviado. Extirpación quirúrgica de la lesión y colocación de implante de peroné. Con reporte histopatológico de ameloblastoma folicular. La recurrencia y forma invasiva son características de esta lesión. El diagnóstico inmunohistoquímico se expresa para citoqueratinas 5 y 14.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Surgical Oncology 2004;30:998-1002.
2. Oral Pathology 2000;90:155-63.
3. Oral Radiology & Endodontics 2002;93:13-20.

Amiloidosis cardíaca: reporte de caso con diagnóstico en biopsia endomiocárdica del Departamento de Anatomía Patológica del HE CMNO UMAE, IMSS

Karla Robles Ramírez, Teresita Plascencia Ortiz

La amiloidosis cardíaca representa entre 5 y 10% de las miocardiopatías, tiene predominio en hombres y es poco común en menores de 40 años. Existen cuatro formas de presentación, la más agresiva es a nivel cardíaco. El diagnóstico definitivo se realiza con datos clínicos, hallazgos ecocardiográficos y comprobación histológica. El objetivo de la comunicación es presentar el caso de amiloidosis cardíaca diagnosticada en biopsia endomiocárdica y describir la importancia de la misma en el diagnóstico de esta enfermedad. En una revisión retrospectiva de los ar-

chivos del departamento de anatomía patológica de enero de 2006 a abril de 2009. Se encontraron 10 casos de amiloidosis: siete de ellos con presentación renal, dos laríngea y un caso de amiloidosis cardíaca diagnosticada por biopsia endomiocárdica. **Presentación del caso:** una paciente de 44 años, que dos meses previos al diagnóstico presenta HAS, edema de extremidades inferiores y disnea. El ecocardiograma reporta disfunción sistólica severa y datos sugestivos de amiloidosis, que se confirman por biopsia endomiocárdica al observar depósitos amiloides en endocardio, intersticio, rodeando miocitos y en arterias intramurales. Se confirma la presencia de amiloide con tinción de rojo congo, que al ser polarizado mostró birrefringencia "verde manzana". Los hallazgos encontrados en nuestros archivos y en la literatura mundial reportan una patología infrecuente, más aun a nivel cardíaco. El diagnóstico se confirmó con el resultado de la biopsia. La afectación cardíaca sugiere un mal pronóstico y sobrevida a corto plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Falk RH. Diagnosis and management of the cardiac amyloidoses. *Circulation* 2005;112(13):2047-60.

Angiomatosis encefálica. Informe de un caso de autopsia

MA Rodríguez Florido, Erick Gómez Apo, Adelita Vizcaíno Villalobos, L Chávez Macías, JE Olvera Rabiela Unidad de Patología, Hospital General de México, Facultad de Medicina, UNAM.

Los hemangiomas del sistema nervioso central son malformaciones

arteriovenosas. **Presentación del caso:** mujer de 65 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica. El padecimiento final se inició dos días antes de su defunción con cefalalgia intensa holocraneana y lipotimia. La tomografía axial computada informó hemorragia cerebelosa con extensión al cuarto ventrículo. **Estudio neuropatológico:** en el estudio neuropatológico el encéfalo presenta una lesión hemorrágica en los núcleos ventrolaterales derechos del tálamo. En el cerebelo hay un hematoma con predominio en el hemisferio izquierdo, se extiende al vermis e irrumpe al 4º ventrículo. En el resto del encéfalo se identifican de forma difusa lesiones petequiales en masas grises y sustancia blanca. En el estudio histopatológico el cerebelo presenta vasos sanguíneos malformados, caracterizados por variabilidad en el grosor de la pared, tortuosos y comunicados; y se asocian a rotura de los mismos con hemorragia secundaria. En el tálamo y el resto de las zonas petequiales se observan vasos de menor tamaño pero con la variabilidad morfológica vascular antes descrita. **Discusión:** la presencia de vasos sanguíneos anómalos dispuestos de forma difusa en el encéfalo es una presentación poco frecuente, este caso se asocia con hemorragia e hipertensión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Al-Kaabi A. Diffuse hemangiomatosis with predominant central nervous system involment. *Pediatr Neurol* 2009;40(1):54-57.

Angiosarcoma primario de glándula mamaria. Informe de un caso

Rogelio Berber Román, Cuauhtémoc Oros Ovalle, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Jesús González Guzmán, Joel Rodríguez Llerenas, César Godoy Valdez, Susana Chávez Porras, Erika Chi Ahumada

Departamento de Patología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

El angiosarcoma primario de glándula mamaria se describió por primera vez en 1887 por Schmidh, y por Bannam en 1907. Constituye el 0.05% de las neoplasias en mama. Es de las neoplasias más agresivas por la temprana aparición de metástasis y altas recidivas. La mortalidad es de 90% a los dos años del diagnóstico. Predominio en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida. Clínicamente son nódulos asintomáticos azuláceos en la piel. El pronóstico dependerá del grado histológico. El diagnóstico diferencial puede ser el hemangioma o angiomatosis. La mastectomía es el tratamiento de elección con quimioterapia coadyuvante. **Presentación del caso:** mujer de 26 años, nulípara, sin antecedentes de importancia, que acudió a consulta por un "quiste" de 1 cm en la glándula mamaria izquierda de un año de evolución, con crecimiento rápido y progresivo. Se realizó biopsia por incisión con informe consistente de tumor phyllodes maligno (la muestra presentó componente vascular y epitelial con atipia). Posteriormente se realizó mastectomía. Se comunicó un caso de angiosarcoma primario de glándula mamaria. En el servicio de patología se recibió producto de mastectomía tipo Madden. Se identificó tumor de 14 x 11.5 x 8 cm; violáceo a rojo vinoso, con áreas sólidas y "esponjosas" hemorrágicas.

Bordes irregulares difusos, necrosis tumoral en 60% del tumor. Microscópicamente, se observó proliferación de células endoteliales atípicas, en canales vasculares y zonas sólidas, con pleomorfismo y actividad mitótica alta que infiltran el parénquima mamario. El componente epitelial fue reactivo, sin evidencia de malignidad. Las reacciones de inmunohistoquímica fueron positivas CD34, factor VIII, 1/17 ganglios positivos para metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glazebrook KN, Magut MJ, Reynolds C. Angiosarcoma of the breast. *AJR Am J Roentgenol* 2008;190(2):533-8.
2. Vorburger SA, Xing Y, Hunt KK, Lakin GE, et al. Angiosarcoma of the breast. *Cancer* 2005;104:2682-8.
3. Farrokhi D, Hashemi J, Zandi B. Angiosarcoma of the breast; report of a case and literature review. Mashad University of Medical Sciences, Imam Reza Hospital, Mashad.
4. Masatoshi, et al. A case of angiosarcoma of the breast. Departamento de cirugía, laboratorio de microscopía electrónica y departamento de patología, escuela de medicina de la universidad de Tokai, Isehara, Kanagawa, Japan.

Asociación entre infección por virus de Epstein-Barr en pacientes con neoplasias malignas y enfermedades reumatológicas

Braulio Martínez Benítez, Erla Medina López, Etual Espinosa Cárdenas, Armando Gamboa Domínguez

Antecedentes: la relación entre enfermedades reumatológicas y neoplasias malignas se ha estudiado en muchas series. Se aceptan vínculos con dermatomiositis/polimiositis

(DM/PM), síndrome de Sjögren (SS), esclerosis generalizada progresiva (EGP), artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso generalizado (LEG). Los factores de riesgo implicados en esta asociación son el tiempo de actividad de la enfermedad, administración de fármacos inmunosupresores y algunos agentes infecciosos (por ejemplo virus de Epstein-Barr). **Objetivo:** identificar la asociación entre neoplasias malignas e infección por virus de Epstein-Barr en pacientes con diferentes enfermedades reumatológicas. **Material y métodos:** se evaluaron los pacientes con enfermedades reumatológicas más frecuentes (DM/PM, SS, EGP, AR y LEG) y neoplasias malignas. Se revisaron expedientes clínicos en busca de actividad de la enfermedad, y administración de medicamentos. Se identificó el virus de Epstein-Barr en células neoplásicas por medio de LMP1, EBNA2 y EBER. **Resultados:** se incluyeron 108 pacientes, las características clínico-patológicas se describen a continuación:

La infección por virus de Epstein-Barr en el grupo de neoplasias hematológicas que fue mayor que en el grupo de tumores sólidos ($p = 0.009$). La asociación entre enfermedades reumatológicas e infección por virus de Epstein-Barr en las células neoplásicas mostró diferencias entre los distintos grupos ($p = 0.005$). La actividad de la enfermedad reumatológica no fue diferente entre los grupos. **Conclusiones:** la distribución de las neoplasias malignas es similar entre los diferentes grupos de enfermedades reumatológicas. La infección por virus de Epstein-Barr es más frecuente en neoplasias hematológicas, y esta frecuencia es

	LEG n = 45 (42%)	AR n = 36 (34%)	EGP n = 9 (8%)	DM/PM n = 9 (8%)	SS n = 9 (8%)
Edad (años)	49 (21-72)	59 (40-84)	58 (41-69)	72 (32-78)	71(48-80)
Tipo de neoplasia maligna					
Tumor sólido	40	29	8	7	6
Neoplasia hematológica	5	7	1	2	3
Infección por VEB	4/45 (9%)	9/36 (25%)	1/9 (11%)	4/9 (44%)	3/9 (33%)
Actividad de la enfermedad reumatológica	0.28 (0-0.97)	0.28 (0-0.97)	0.21 (0-0.35)	0.19 (0-0.62)	0.14 (0-0.68)

diferente entre los distintos grupos. Otros factores como actividad de la enfermedad y fármacos inmunosupresores no fueron significativos.

BIBLIOGRAFÍA

- Villa AR, Kraus A, Alarcon-Segovia D. Autoimmune rheumatic disease and cancer: evidence of causality? Cancer and autoimmunity. Elsevier Science, 2000;pp:111-7.

Aspergilosis esplénica asociada con anemia aplásica. Informe de un caso

Graciela Velázquez Delgado, Raúl Castrejón Rosales, Alejandro Avilés Salas

Instituto Nacional de Cancerología

La aspergilosis es una infección causada por hongos micelares, que causan diferentes formas clínicas moduladas por la inmunidad del hospedero, como la aspergilosis broncopulmonar o alérgica, el aspergiloma y la aspergilosis invasiva o diseminada. Las formas diseminadas han aumentado su incidencia como consecuencia del aumento de pacientes inmunodeprimidos. **Presentación del caso:** un paciente de 22 años que inició su padecimiento con ictericia conjuntival, acompañado de epistaxis. Se le diagnosticó hepatitis y recibió tratamiento no especificado. Los exámenes de laboratorio mostraron pancitopenia, motivo por el

cual se transfundió. Se realizó biopsia de médula ósea con diagnóstico de anemia aplásica. Cursó con mal estado general, la TAC de abdomen mostró en el bazo múltiples lesiones nodulares hipodensas de distribución difusa, de 3 a 15 mm de eje mayor. Se practicó esplenectomía que pesó 230 g y midió 14 x 10 x 6 cm. En la superficie de corte se observaron múltiples nódulos de color amarillo gris, de aspecto necrótico que medían en promedio 15 mm. En el estudio microscópico se observó extensa necrosis y abundantes hifas ramificadas correspondientes a aspergillus. La aspergilosis invasiva o diseminada se observa en pacientes trasplantados o sometidos a tratamiento con corticoesteroides o quimioterapia, SIDA y granulocitopenia. La afectación esplénica como primera manifestación es extremadamente raro. Es necesario reconocer estas formas, así como los factores de riesgo e inmunidad del paciente, con la finalidad de desarrollar estrategias de prevención y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Barnes PD, Marr KA. Aspergillosis: spectrum of disease, diagnosis, and treatment. Infect Dis Clin N Am 2006;20:545-61.
- Forghieri F, Rossi G, Potenza L, et al. Splenic hyalohyphomycosis, molecularly and immunologically consistent with invasive aspergillosis, in a patient with acute lymphoblastic leukemia. Am J Hematol 2009;16:1-2.

- Miller FH, Ma JJ. Total splenic infarct due to aspergillus and AIDS. Clin Imaging 2001;25:57-59.
- Vázquez-Muñoz E, Morado-Arias M, Sobrino-Daza J. Infartos viscerales múltiples detectados por TAC en la aspergilosis invasiva. An Med Interna 2002;19:530-2.

Biopsia percutánea como herramienta útil en el diagnóstico de tumores renales hereditarios y no hereditarios

Gabriela Sofía Gómez Macías, Beatriz Walter R, Vladimir Valera R, Oralia Barboza Quintana, María J Merino

Antecedentes: el diagnóstico preoperatorio de tumores renales es esencial para la evaluación clínica y el tratamiento. La biopsia percutánea se está convirtiendo en una importante herramienta en el diagnóstico y tratamiento de cáncer renal. **Objetivo:** informar acerca de nuestra experiencia con la biopsia percutánea guiada por medios de imagen, realizado en pacientes con tumores renales de tipo hereditario y no hereditario. **Material y métodos:** presentamos 63 biopsias percutáneas obtenidas de 63 pacientes con tumores renales, de los cuales 10 (15.8%) contaban con historia familiar de cáncer renal, 14 (22.2%) fueron sometidos a *screened* para descartar alteraciones del VHL, mutación de c-met, BDH y SDHB, a través de secuenciación. **Resultados:**

hubo 40 tumores malignos, cuatro con características oncocíticas, y 12 benignos. Sólo una muestra fue insuficiente para el diagnóstico. Las lesiones malignas incluyen: el carcinoma de células claras (23 casos), carcinoma papilar o con características papilares (nueve casos), con características eosinófilo o de células claras (dos casos) o ambos, cromóforo RCC (dos casos), carcinoma medular (un caso), sarcoma de células claras (un caso) y carcinoma pobremente diferenciado (dos casos). Subtipos de tumores con características papilares ocho casos sugestivos de papilar de tipo I y un caso HLRCC. Tumores benignos compuestos por 10 casos oncocitomas, un angiomolipoma, y el de leiomioma. La resección quirúrgica confirmó el diagnóstico preoperatorio en 22 de 23 casos (95.6%). **Conclusiones:** la biopsia percutánea es una excelente herramienta para el diagnóstico de tumores renales. Sin embargo, se recomienda precaución con tumores con características eosinófilos y papilar, ya que pueden dar lugar a una interpretación errónea

BIBLIOGRAFÍA

1. Datir A, Pechon P, Saifuddin A. Imaging-guided percutaneous biopsy of pathologic fractures: a retrospective analysis of 129 cases. *AJR Am J Roentgenol* 2009;193(2):504-8.
2. Volpe A, Mattar K, Finelli A, Kachura JR, et al. Contemporary results of percutaneous biopsy of 100 small renal masses: a single center experience. *J Urol* 2008;180(6):2333-7.
3. Wang R, Wolf JS Jr, Wood DP Jr, Higgins EJ, Hafez KS. Accuracy of percutaneous core biopsy in management of small renal masses. *Urology* 2009;73(3):586-90; discussion 590-1.

Biopsia pleural: revisión de 100 casos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Teresita Plascencia Ortiz MB, Noemí A Sánchez Grajeda

Antecedentes: la biopsia de pleura es un procedimiento mediante el cual se obtiene tejido que recubre a los pulmones o el interior de la pared torácica o ambos, es útil para hacer diagnóstico histopatológico de neoplasias, infecciones y otras patologías. **Objetivo:** dar a conocer las patologías más comunes que se diagnostican en biopsias de pleura en este Hospital de Especialidades. **Material y método:** se revisaron 100 biopsias de pleura obtenida con aguja de Cope y toracotomía, entre 2000 y 2003, se recabó información de los libros de archivos del departamento de anatomía patológica, se recopilaron ficha de identificación, datos clínicos y diagnóstico histopatológico. **Resultados:** de las biopsias recabadas, 84 fueron obtenidas con aguja de Cope y 16 por toracotomía. El 68% corresponde al sexo masculino. La edad varía de 1 a 90 años, y predominó entre los 66 y 70 años. El 69% de las biopsias fueron negativas. Un 31% presentaron neoplasias malignas, de las negativas siete fueron infecciosas y en tres se diagnosticó tuberculosis. **Conclusiones:** las biopsias de pleura son de gran utilidad para diagnosticar neoplasias o enfermedades infecciosas. Los resultados obtenidos dependen de lo adecuado de la biopsia, la experiencia del patólogo que interpreta el material, del tipo de lesión y su localización. Los resultados obtenidos son semejantes a la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fielding D. Frozen section of pleural biopsies at medical thoracoscopy assists in correctly identifying benign disease. 2005.
2. Kleihues P, Leslie HS. WHO; Pathology and genetics of tumours of the lung, Pleura, 2004.
3. Hartmann CA, Schutze H. Mesothelioma-like tumors of the pleura: a review of 72 autopsy cases. *J Can Res Clin Oncol* 1994;120:331-47.

Blastomicosis prostática. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Itzel Reyes de la Garza, Oralía Barboza Quintana, Jesús Ancer Rodríguez, Raquel Garza Guajardo

La blastomicosis es una enfermedad micótica endémica, de la región central sur y medio oeste de Estados Unidos y algunas regiones de Canadá. Es causada por *Blastomyces dermatitidis*, un hongo dimorfo adquirido por inhalación de esporas, la afección extrapulmonar es común y se presenta en piel, tejido celular subcutáneo, hueso, SNC, incluida la próstata. Se reporta un caso de blastomicosis prostática y revisión de la literatura existente. **Presentación del caso:** masculino de 70 años que acudió por cuadro crónico de síntomas obstructivos urinarios bajos con un antígeno prostático elevado (8.5 ng/dL), por lo que es sometido a biopsia transrectal de la próstata, se envió para estudio histopatológico observando un infiltrado granulomatoso con la presencia de levaduras de *Blastomyces dermatitidis* localizadas dentro de las células gigantes multinucleadas y en las zonas adyacentes. Se diagnosticó blastomicosis prostática. La blastomicosis es una enfermedad de transmisión respiratoria, con pocos casos reportados en la próstata. Las

manifestaciones clínicas son inespecíficas y van desde manifestaciones respiratorias autolimitadas, hasta síndrome de distress respiratorio agudo o afectación del sistema nervioso central. En nuestra revisión son sólo dos los casos en lo que se reporta la afección prostática única, uno de ellos con afectación miliar, el resto se reportan acompañados de afección de epidídimo, y uno en la piel y la próstata. El tratamiento antimicótico oral se sugiere a base de itraconazol de primera línea, y en casos graves o paciente inmunocomprometidos, el de elección es anfoterisina B. Hasta el momento no se conocen medidas preventivas de esta enfermedad y actualmente se encuentra en estudio una posible vacuna con organismos vivos atenuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pappas PG. Blastomycosis. *Semin Respir Crit Care Med* 2004;25(2):113-21.
2. Eickenberg HU, Amin M, Lich R Jr. Blastomycosis of the genitourinary tract. *J Urol* 1975;113(5):650-2.
3. Seo R, Oyasu R, Schaeffer A. Blastomycosis of the epididymis and prostate. *Urology* 1997;50(6):980-2.
4. Bunge RG, Harness WN. Blastomycosis of the prostate: case report. *J Urol* 1951;66(2):263-4.
5. Blastomycosis of the skin and prostate. *AMA Arch Derm Syphilol* 1950;62(6):936-7.
6. Smith PG, Suder GL. Blastomycosis of the epididymis and prostate: a case report. *Urol Cutaneous Rev* 1950;54(7):398-9.
7. Burr AH, Huffines TR. Blastomycosis of the prostate with military dissemination treated by stilbamidine. *J Urol* 1954;71(4):464-8.

Bursitis crónica subdeltoidea con cuerpos de arroz. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Edgar Stiva Oviedo Cárdenas

La inflamación de la capsula sinovial de la articulación acromio-clavicular puede deberse a distintas causas: infecciosas (tuberculosis u otras micobacteriosis) o padecimientos autoinmunes (artritis reumatoide u otras artropatías seronegativas). Sin embargo, una presentación rara de este padecimiento, relativamente común, es en forma de tumor subdeltoideo de crecimiento relativamente rápido y que en los estudios de imagen contiene múltiples nódulos radiolúcidos o hipointensos. Se describe la presentación poco frecuente de la patología reumática con formación de cuerpos de arroz que fue confundida con un tumor multiquístico. **Presentación del caso:** mujer de 49 años con antecedente de artritis reumatoide de ocho años de evolución. Acudió a la consulta por un tumor subdeltoideo derecho que en cuatro meses creció hasta 10 cm. Se resecó el quiste dependiente de la articulación acromio-clavicular derecha, que contiene incontables cuerpos ovoides que miden en promedio 1 cm x 0.8 cm, color blanco amarillento semitranslúcido y de consistencia blanda. Histológicamente, hay infiltrado inflamatorio crónico de la capsula sinovial y los nódulos están constituidos por material hialino fibrinoide. Las bursitis con formación de cuerpos de arroz son manifestaciones raras de artropatías micobacterianas o procesos autoinmunes, que pueden ser confundidas con tumores. La teoría de la formación de estos cuerpos hialinos sostiene que se deben a la agregación de detritus sinoviales con líquido sinovial y fibrina, debido al proceso inflamatorio crónico de la bursa.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Yonsei Med J* 2002;43(3):539-42.
2. *Arthritis & Rheumatism* 2005;52(6):1949-50.

Carcinoma anaplásico de tiroides. Reporte de caso

JS Cerda, Víctor Martínez Ma., Rocío González, Guadalupe Canchola

Representa 2% de las neoplasias tiroideas, con incidencia de 1.2-3.8 por cada 100,000 individuos, entre la sexta y séptima década de vida. La estimulación prologada de TSH es factor desencadenante. La mutación del gen *p53* juega un rol importante en la diferenciación de las células anaplásicas, muchos de estos surgen de un tumor bien diferenciado preexistente, usualmente carcinoma papilar. Con invasión adyacente a la tráquea, el esófago, los vasos y el músculo. Metástasis 20 a 50% a pulmón, hígado, hueso y cerebro. Microscópicamente el tumor presenta tres patrones: a) Escamoide: asemeja carcinoma de células escamosas no queratinizante, carece de células gigantes. b) De células fusiformes: semeja un sarcoma, con focos de necrosis, cambios mixoides y vascularidad prominente. c) De células gigantes: características celulares pleomórficas con núcleos bizarros y un patrón de crecimiento sólido. Se presenta infiltrado inflamatorio (tipo neutrofílico) y alta actividad mitótica con metaplasia cartilaginosa u ósea, la cual es frecuente en el patrón de células fusiformes. **Presentación del caso:** paciente femenino de 47 años de edad, con masa infiltrante al esófago y la tráquea, de siete meses de evolución. Revisión de tejido enviado. El estudio microscópico

mostró secciones de tejido tiroideo, una lesión compuesta por células anaplásicas pleomórficas multinucleadas con citoplasma eosinofílico mal delimitado y entremezclado con células de tipo fusiformes de núcleos alargados irregulares de cromatina densa, que infiltran el tejido muscular adyacente así como otras áreas de carcinoma papilar típico con núcleos ópticamente claros con escotadura y pseudoinclusiones apoyados en un estroma fibrovascular. El carcinoma anaplásico es una forma agresiva de tumores de la glándula asociado con otras patologías tiroideas. El marcador queratina es el más utilizado para el diagnóstico, presente en 40-100% de los casos. Dentro de la categoría de TNM el tumor se estadifica en grado IV. Tiene un pronóstico pobre si no es resecado a tiempo con una sobrevida de dos a seis meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schlumberger. Anaplastic Thyroid Carcinoma, 2004.
2. Rev Invest Clin 1997;49:97-103.
3. Surgical Pathology, 2004:552-4.
4. Rev Venez Oncol Caracas 2005;1.
5. Differential diagnosis in surgical pathology, 2002.

Carcinoma de la próstata de células en anillo de sello, presentación de dos casos

Nina Paola Ríos Luna, Sergio Sánchez Sosa, Edgar Pardo Castillo, Mariana Fuertes Camilo

El mayor número de los carcinomas de próstata que se estudian corresponden a adenocarcinoma acinar de la próstata; sin embargo, existen variantes inusuales que deben ser reconocidas. Se revisan las características histopatológicas e inmunohisto-

químicas, así como el diagnóstico diferencial y los casos descritos en la literatura. **Presentación de dos casos:** caso 1: hombre de 71 años, con HC de prostatismo crónico. APE elevado y próstata indurada al tacto rectal. Se toma biopsia por sextantes. Caso 2: hombre de 72 años, con HC de prostatismo. APE elevado 9 ng/dL y próstata aumentada de tamaño, se realizó RTUP por probable hiperplasia. En ambos casos se identificó histológicamente una neoplasia con células en anillo de sello, que infiltran de manera difusa el estroma, negativas para tinciones de PAS y azul alciano. El estudio de inmunohistoquímica mostró positividad para APS, y negatividad para CK 7 y CK20. El carcinoma de la próstata con células en anillo de sello es un subtipo histológico raro, con 48 casos informados en la literatura; debe mostrar al menos 25% del total del material estudiado con células en anillo de sello para su diagnóstico, se considera de alto grado histológico y no es recomendado gradificar con Gleason, el pronóstico en estos pacientes es malo. El diagnóstico diferencial incluye: entidades benignas-células estromales y linfocitos (trauma o artificios por cauterio) y tratamiento con terapia hormonal. Entidades malignas: metástasis gástricas y vesicales. La morfología del tumor, las tinciones para moco y la inmunohistoquímica son útiles para separarlas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clin Genitourin Cancer 2007;5(7):455-6.
2. Mod Pathol 1998;11(6):552-9.
3. International J Urol 2004;11:178-81.
4. Pathol International 2002;49(5):457-61.

Carcinoma epidermoide ureteral asociado con nefrolitiasis de larga evolución

José Antonio Matute Briceño, Delia Olache Jiménez, Miguel Ángel Ortiz Martínez

Los tumores de la pelvis renal constituyen una pequeña proporción del tracto urinario superior. La mayor parte de los cuales son carcinomas de células transicionales 80-90%, carcinoma escamoso 1-7%. Se presenta un caso de un carcinoma epidermoide ureteral con extensión a la pelvis, cálices renales, colon transverso y epiplón. **Presentación del caso:** paciente masculino de 56 años de edad con antecedente de nefrolitiasis de 20 años de evolución sin tratamiento especificado, que debuta con datos de hidronefrosis e insuficiencia renal. Se realizó nefrectomía derecha más resección de segmento de colon transverso, epiplón y apéndice cecal. Con hallazgos macroscópicos de lito enclavado en tercio proximal de uréter derecho, con tumor adyacente al sitio de obstrucción, con dilatación de la pelvis renal e hidronefrosis severa. Microscópicamente se diagnosticó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de uréter con extensión a pelvis y cálices renales, con metástasis a colon transverso y perforación del mismo, así como implantes en epiplón. La asociación de carcinoma epidermoide y litiasis, si bien está documentada, no es común en nuestro medio y debería tomarse más énfasis en esta posibilidad diagnóstica en los casos de nefrolitiasis revisados cotidianamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fazilet Kayaselcuk, Nebil Bal. Carcinoma y carcinoma epidermoide

de la pelvis renal asociado con nefrolitiasis, Pathology, Research and Practice. Jena 2003;199:489.

2. Matsumura, et al. Carcinoma ureteral, remisión completa secundaria a quimioterapia con taxan. International Journal of Urology 2003;10(2):105-7.

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

Indara Dely Bahena Rodríguez, Myrna Doris Arrecillas Zamora, Víctor Manuel Pérez Sánchez, Hugo Ricardo Domínguez Malagón, Ana María Cano Valdez

Los carcinomas metaplásicos de células fusiformes, ocupan menos de 5% de los carcinomas de la mama CMM, con capacidad metastásica ganglionar mínima, ulceran la piel, son sólidos quísticos. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye: tumores bifásicos de mama y otras lesiones fusocelulares, incluidos sarcomas primarios. Se presentan dos casos con estudio inmunohistoquímico y ultraestructural. **Presentación de dos casos:** caso 1: mujer de 52 años con tumor en mama de 40 x 20 cm, ulcerado de aspecto sólido. Caso 2: mujer de 61 años con tumor en mama de 13 x 7 cm, sólido quístico. Hallazgos anatomopatológicos: neoplasia fusocelular con escaso componente epitelial, ausencia de foleas y células mioepiteliales, CK34BE12 positiva y bcl2 negativo. **Discusión:** el carcinoma metaplásico de la mama constituye < 1% de los carcinoma invasores. Muestra una mezcla de componentes homólogos o heterólogos, con áreas de adenocarcinoma con diferenciación escamosa, fusocelular o mesenquimatosa o ambas, así como estromal pura (sin componente epitelial). El carcinoma metaplásico

de células fusiformes ocupa menos de 5% de los carcinomas metaplásicos de la mama, clínicamente es similar al carcinoma convencional. Hasta 1989 se habían reportado 100 casos. Este tipo de carcinoma expresa citoqueratina de alto peso molecular, p 63 y actina, por lo que se ha propuesto un posible origen mioepitelial. El diagnóstico definitivo se realiza con microscopia electrónica, demostrando la presencia de uniones intercelulares de tipo desmosoma. Las características clínico-patológicas, de inmunohistoquímica 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.

Carcinoma indiferenciado tipo linfoepitelial de nasofaringe metastásico: presentación de un caso

Ana Graciela Puebla Mora, Ma. de Lourdes Sánchez Martínez**

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

Estos tumores representan sólo 2% de los tumores de cabeza y cuello, el 42% se presentan como masa tumoral en el cuello y sólo el 35% con crecimiento ganglionar cervical bilateral, pertenecen al tipo 3 de los carcinomas nasofaríngeos por la OMS. En Estados Unidos representan sólo 0.25%, este padecimiento es más frecuente en el sureste asiático, norte de África, Groenlandia y Alaska, con predominio en el sexo masculino

entre la sexta y séptima década de la vida. Su origen es multifactorial pero se ha encontrado asociación principal con el virus de Epstein Barr, la localización principal en la fosa de Rosenmüller afecta en 25% al III, IV, brazo oftálmico V, VI par craneal. Se distinguen dos patrones histológicos. La sobrevida a cinco años es de 37%. El tratamiento se basa principalmente con radioterapia solamente. Es quirúrgico cuando la radioterapia no ha tenido éxito.

Presentación del caso: presentamos el caso de una mujer de 37 años de edad, la cual refiere crecimiento ganglionar cervical de siete meses de evolución, además de cefalea y otalgia. Se observa conglomerado ganglionar con dimensiones totales de 5 x 3 x 2 cm, que a los cortes histológicos presenta grupos de células de aspecto epiteliode en mantos, los núcleos de las células epiteliodes son voluminosos y vesiculosos, con nucléolo prominente y eosinófilo con citoplasma amplio mal definido en un estroma linfoide maduro sin atipias. El diagnóstico emitido fue carcinoma indiferenciado tipo linfoepitelial. Se sugirió primario nasofaríngeo, de donde se realizó biopsia y se encontró el tumor primario. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento con radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. ORL-DIPS 2005;32(2):90-92.
2. Acta otorrinolaringol Esp 2002;53:473-80.
3. European Journal of Cancer Prevention 2008;17(6).
4. Laramore GE. Role of particle radiotherapy in the management of head and neck cancer 2009;21:224-31.
5. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 9th ed. Vol. 1, 312-3.

6. Weidner, Cote, Suster, Weiss. Modern Surgical Pathology. Vol. 1, 2003;pp:174-5.
7. World Health Organization Classification of Tumours/Pathology and genetic/Head and neck tumours, 85-87.

Carcinoma papilar de tiroides en niños. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. CMNO, IMSS

Yesenia González Hernández, Teresita Plascencia

El cáncer de tiroides comprende el 1% de todos los tumores malignos ocurridos antes de los 18 años de edad, su crecimiento es lento y generalmente tiene buen pronóstico,¹ a pesar de que en el momento del diagnóstico algunos de ellos presentan metástasis ganglionares o pulmonares. El primer informe de este padecimiento se publicó en 1902. Se da a conocer la prevalencia en 10 años del carcinoma papilar de tiroides en edad pediátrica en el Centro Médico Nacional de Occidente. Se elaboró una revisión retrospectiva de 2002 a 2008 de los registros de estudios histopatológicos realizados en este hospital, en la cual se encontraron dos casos con diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides en menores de 18 años de edad. **Presentación de dos casos:** se presentan dos casos de pacientes con diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides, ambas de sexo femenino. Caso 1: paciente de seis años de edad, con carcinoma papilar de tiroides multifocal con invasión a tejidos blandos adyacentes con metástasis a ganglios linfáticos cervicales y a pulmón. Sin historia clínica de enfermedad tiroidea familiar. Caso 2: femenino de 14 años con hipotiroidismo subclínico e historia

familiar de cáncer de tiroides. Se realizó tiroidectomía total y el reporte histopatológico es de un carcinoma papilar de tiroides clásico de 3.7 x 2.5 cm que invade y rebasa la cápsula focalmente, con metástasis a uno de dos ganglios linfáticos. Nuestros hallazgos van de acuerdo con los reportes de la literatura, donde se refiere que a pesar de que las neoplasias malignas de tiroides son poco frecuentes en la edad pediátrica, el carcinoma papilar es el tumor maligno que se presenta con mayor frecuencia en este grupo de edad.

REFERENCIAS

1. Philippi, Valeska, et al. Cáncer de tiroides en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr 1988;59(6):364-8.

Carcinoma canalicular infiltrante con diferenciación hacia células columnares. Reporte de un caso

YA Valverde García, G Velázquez Delgado, HR Domínguez Malagón, AM Cano Valdez, VM Pérez Sánchez

Las lesiones de células columnares son una de las alteraciones más comunes en la glándula mamaria, el espectro comprende desde cambio de células columnares hasta hiperplasia con o sin atipia. Estudios observacionales han encontrado asociación de las lesiones de células columnares con carcinoma ductal *in situ* y carcinomas infiltrantes. Sin embargo, no se ha reportado carcinoma infiltrante con características morfológicas y perfil de inmunohistoquímica similar a células columnares. El objetivo de este reporte fue mostrar un caso de carcinoma canalicular infiltrante con diferenciación hacia lesiones de

células columnares. **Presentación del caso:** mujer de 90 años con tumor de mama izquierda que retrae pezón y mide 3 x 3 cm, axila positiva. En el servicio de patología se recibió biopsia por escisión de mama. Se realizó inmunohistoquímica para CK 19, ciclina D1, BCL-2, CKAMP, CK5/6, RE, RP y Ki-67. Se complementó el estudio con microscopía electrónica. En hematoxilina-eosina se observó carcinoma infiltrante con patrón ductal revestido por una a tres capas de células epiteliales columnares con hocios secretores apicales, positivas a CK19, ciclina D1, BCL-2, CKAMP, receptores de estrógenos, progesterona, Ki-67 (30% de células) y negativo a CK5/6. La microscopía electrónica mostró microvellosidades apicales, desmosomas y complejos de unión. En este caso la morfología y perfil de inmunohistoquímica son similares a lo reportado en lesiones de células columnares. La microscopía electrónica no está descrita en lesiones de células columnares y en nuestro caso los hallazgos correspondieron a un adenocarcinoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benjamin F. Characterization of columnar cell lesions of the breast: immunophenotypic analysis of columnar alteration of lobules with prominent apical snouts and secretions. Human Pathology 2007;38:284-92.
2. Jara-Lazaro AR. Columnar cell lesions of the breast: an update and significance on core biopsy. Pathology 2009;41(1):18-27.
3. Turashvili G. Are columnar cell lesions the earliest histologically detectable non-obligate precursors of the breast cancer? Virchows Arch 2008;452:589-98.
4. Feeley L. Columnar cell lesions of the breast. Histopathology 2008;52:11-19.

Carcinoma renal de células claras asociado con glomerulopatía membranosa primaria

Fredy Chablé Montero, Daniel Montante Montes de Oca,* Blanca de Jesús Martínez Chagolla,* Norma O Uribe Uribe**

* Departamento de Patología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, DF

El 10% de los casos de glomerulopatía membranosa se asocian con neoplasias malignas, principalmente carcinoma gástrico y pulmonar. Sólo existen 10 casos reportados con carcinoma renal. **Presentación del caso:** hombre de 48 años presentó hace ocho años insuficiencia renal aguda y síndrome nefrótico. Se le realizó biopsia renal percutánea con diagnóstico de glomerulopatía membranosa, la cual posteriormente se clasificó como primaria. La resonancia magnética de esa época sólo evidenció daño renal crónico. El paciente recibió tratamiento médico con mal apego. Hace dos meses acudió con dolor en el hipocondrio derecho y los estudios de laboratorio fueron concluyentes con insuficiencia renal crónica terminal, por lo que inició hemodiálisis. Se realizó ultrasonido renal que mostró atrofia bilateral y una lesión nodular sólida de 3 cm de diámetro en el riñón izquierdo, que se confirmó por tomografía computarizada. La nefrectomía radical mostró un tumor sólido en polo inferior de 3.3 x 3.1 cm, de superficie lobular amarilla, con focos hemorrágicos y microscópicamente constituida por células de tamaño intermedio con núcleos ovoides, con nucléolo ocasional y abundante citoplasma

claro, que se formaban trabéculas y glándulas. Los glomérulos residuales mostraron membranas basales engrosadas y duplicadas ("asas de alambre") con espículas. Otros glomérulos mostraron proliferación extracapilar y glomerulosclerosis. La inmunofluorescencia no evidenció depósitos de inmunocomplejos. **Comentario:** el carcinoma renal asociado con glomerulopatía membranosa es raro. La patogénesis se desconoce; sin embargo, en algunos casos se han asociado con factores tróficos producidos por el tumor, debido a que el cuadro clínico remite con la nefrectomía. En nuestro caso no existe una relación causal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henriksen KJ, Meehan SM, Chang A. Nonneoplastic kidney diseases in adult tumor nephrectomy and nephroureterectomy specimens: common, harmful, yet underappreciated. *Arch Pathol Lab Med* 2009;133:1012-25.
2. Henriksen KJ, Meehan SM, Chang A. Non-neoplastic renal diseases are often unrecognized in adult tumor nephrectomy specimens. A review of 246 cases. *Am J Surg Pathol* 2007;31:1703-8.
3. Fujita Y, Kashiwagi T, Takei H, et al. Membranous nephropathy complicated by renal cell carcinoma. *Clin Exp Nephrol* 2004;8:59-62.

Carcinoma de células renales con diferenciación rabdoide. Presentación de tres casos y revisión de la literatura

Arlett Calipzo Pérez Peña, Mónica L Serrano Arévalo, Francisco Ramos Solano

Departamento de Patología, UMAE, CMNO, Guadalajara, Jal.

Los tumores renales malignos, constituyen 2.5% de todas las neoplasias

malignas. El carcinoma de células renales es el más frecuente. El cáncer de células renales con diferenciación rabdoide es raro y tiene una conducta más agresiva que el carcinoma convencional. El tumor consiste de células poligonales con pérdida de la cohesividad, con núcleo vesicular, nucléolo prominente, citoplasma eosinófilo abundante, y cuerpos de inclusión. Recuerda a los rabdomioblastos, inmunohistoquímicamente presenta positividad marcada para vimentina y EMA. Algunos autores lo consideran dentro del espectro de diferenciación sarcomatosa. El objetivo de nuestro estudio es conocer la frecuencia del carcinoma renal con patrón sarcomatoso y diferenciación rabdoide, así como sus características clínico-patológicas.

Se revisaron los archivos de patología del CMNO, de 2000 a 2009, separando los casos con diagnóstico de carcinoma de células renales. Se seleccionaron y se estudiaron los casos con diagnóstico de carcinoma renal con patrón pseudosarcomatoso y diferenciación rabdoide. Se realizó el panel de inmunohistoquímica siguiente: citoqueratinas, EMA, vimentina, desmina, actina de músculo liso, miogenina, enolasa neuronal específica, cromogranina, PS-100 y ki-67. En los nueve años revisados se encontraron 163 casos de carcinoma renal de células claras, 26 (16%) presentaron un patrón pseudosarcomatoso y tres (11.5%) con diferenciación rabdoide, dos masculinos y un femenino. La edad de presentación fue en la séptima y octava década de la vida, el tamaño del tumor en promedio fue 13 cm. La variedad histológica fue dos de células claras y un tumor papilar. El

porcentaje de áreas rabdoideas varió de 20 a 80%. La presencia de trombo tumoral en vena renal fue en dos de los tres casos (66%), la invasión a capsula renal presente en dos de tres casos (66%), los resultados de inmunohistoquímica para citokeratinas fue positivo, EMA positiva PS-100 negativa, vimentina positiva, desmina negativa, actina de músculo liso negativa, mioglobina negativa, enolasa neuronal específica negativa, cromogranina negativa. El presente estudio de carcinoma de células renales con diferenciación rabdoidea muestra una frecuencia de 1.8. El género masculino predominó en nuestro estudio, la edad de presentación fue similar a lo reportado en la literatura. El tamaño tumoral fue de 13 cm, que fue mayor que el promedio de los tumores de células renales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kuroiwa K, Kinoshita Y, Shiratsuchi H, et al. Renal cell carcinoma with rabdoid features: an aggressive neoplasm. *Histopathology* 2002;41:538-48.
2. Gokden N, Nappi O, Swanson PE, et al. Renal cell carcinoma with rabdoid features. *Am J Surg Pathol* 2000;15:1329-38.

Reporte de dos casos de carcinoma de células vidriosas de cérvix (*glassy cell carcinoma*) y revisión de la literatura. CMNO, IMSS

Yesenia González Hernández, Rebeca Jiménez, Paz Covarrubias, Ana Graciela Puebla

Pertenece de 1 a 2% de todos los carcinomas cervicales y a 10% de los adenocarcinomas de cérvix. Reconocido por primera vez por Glucksmann y Cherry en 1956, quienes definieron

el carcinoma adenoescamoso pobremente diferenciado de cérvix como *glassy cell carcinoma*. Este ocurre en pacientes jóvenes, de entre 31 y 41 años de edad; se ha asociado con el embarazo. El objetivo es dar a conocer la prevalencia en cinco años del carcinoma de células vidriosas de cérvix en el Centro Médico Nacional de Occidente. Se elaboró una revisión retrospectiva de los estudios histopatológicos realizados en este hospital de 2004 a 2008, referentes a variantes histológicas del carcinoma cervicouterino. **Presentación del caso:** se encontraron dos casos con el diagnóstico de carcinoma de células vidriosas de cérvix, de 40 y 19 años de edad; la primera paciente portadora de VIH de nueve años de evolución, a la cual se le hizo un cono cervical diagnosticando carcinoma de células vidriosas de cérvix, ofreciéndole después quimio y radioterapia. La segunda paciente desarrolló durante uno de sus embarazos una lesión exofítica en cérvix a la cual se le realizó un cono, se reportó una lesión adenoescamosa poco diferenciada de cérvix infiltrante, realizando posteriormente histerectomía y reportando un carcinoma de células vidriosas, a esta paciente también se le ofreció quimio y radioterapia. El carcinoma de células vidriosas de cérvix está reportado como una neoplasia poco frecuente que además cuenta con la disyuntiva de que, al momento del diagnóstico, su estadio es avanzado, y a pesar de brindar el tratamiento específico, el pronóstico es malo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kurman, Norris, et al. Atlas of tumor pathology, Tumors of the cervix, vagina and vulva. AFIP. 1990;pp:97-100.

Carcinoma folicular de tiroides bilateral asociado con enfermedad de Graves-Basedow

Fredy Chablé Montero,* Guadalupe Jazmín de Anda González,* Daniel Montante Montes de Oca,* Armando Gamboa Domínguez,* Arturo Ángeles Ángeles*

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

La frecuencia de carcinomas en la enfermedad de Graves-Basedow es rara. Algunos estudios han reportado que hasta 25% (1-25%) de los pacientes con esta enfermedad presentan nódulos, de los cuales hasta 15% correspondan a carcinomas (1.1-2.1% del total) y es más frecuente en mujeres (4:1), con edad media de presentación de 37 años. **Presentación del caso:** mujer de 55 años que hace 23 meses presentó cuadro clínico de tirotoxicosis con elevación de T3 y disminución de T4 y TSH, además de leucopenia y trombocitopenia. Se trató con metimazol, con mejoría parcial de los síntomas. El gammagrama evidenció nódulos no funcionales en tercio inferior de ambos lóbulos. 19 meses después, se agregó exoftalmos, inyección conjuntival e incremento del tamaño de la tiroides (3+), por lo que se integró cuadro de la enfermedad de Graves-Basedow. Cuatro meses después se le realizó tiroidectomía total. Se encontró tiroides aumentada de tamaño y peso (73 g). Al corte, en el polo inferior de ambos lóbulos se encontraron nódulos de 3.2 x 2.3 cm y 3.6 x 2 cm, respectivamente, encapsulados, sólidos y amarillos con fibrosis central. Histológicamente, se

observó neoplasia con crecimiento folicular, constituida por células cúbicas, de núcleos ovales con cromatina fina, citoplasma eosinófilo moderado con atipia ocasional, e invasión vascular y capsular multifocal. La tiroides residual mostró folículos hiperplásicos con papilas benignas ocasionales. Actualmente se encuentra en terapia hormonal sustitutiva. **Comentario:** el carcinoma más frecuente asociado con la enfermedad de Graves-Basedow es el papilar (75-95%). Generalmente son unilaterales y clínicamente manifiestos hasta en 50% de los casos. No existen reportes de carcinomas bilaterales asociados con la enfermedad de Graves-Basedow.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kraimps JL, Bouin-Pineau MH, MATHONNET M, et al. Multicentre study of thyroid nodules in patients with Graves' disease. *Br J Surg* 2001;88(2):313.
2. Behar R, Arganini M, Wu TC, et al. Graves' disease and thyroid cancer. *Surgery* 1986;100(6):1121-7.
3. Mssrouri R, Benamr S, Essadel A, et al. Thyroid cancer in patients with Grave's disease. *J Chir* 2008;145(3):244-6.

Carcinoma hialinizante de células claras de glándula salival. Experiencia en el Instituto Nacional de Cancerología de México

Janett Soriano González, Ana María Cano Valdez, Hugo R Domínguez Malagón, Esther González Conde, Ana Graciela Puebla Mora, Luisa Gómez Arellano***

* Facultad de Odontología, Universidad Quetzalcóatl, Irapuato, México
 ** Departamento de Patología, Instituto Nacional de Cancerología, México

Antecedentes: el carcinoma hialinizante de células claras de glándula salival es una neoplasia rara de bajo grado, descrita por Milchgrub y col. en 1994. Es más común en las glándulas salivales menores y ocurre con frecuencia en mujeres adultas, principalmente afecta la base de la lengua, el paladar y el piso de boca.

Objetivos: identificar los casos de carcinoma hialinizante de células claras de glándula salival diagnosticados en el INCan durante un periodo de 20 años (1983-2003). Y analizar las características clínico-patológicas de los pacientes con carcinoma hialinizante de células claras de glándulas salivales. **Material y método:** se revisaron los archivos de Patología Quirúrgica del INCan. Se identificaron los pacientes con neoplasias de glándula salival y se seleccionaron los casos con un componente prominente de células claras. Se evaluaron los cortes histológicos y se obtuvieron los datos pertinentes de los expedientes clínicos. Se efectuaron tinciones especiales de histoquímica para mucina (PAS, azul alciano, mucicarmín) y tricrómico de Masson para evidenciar el estroma hialino. También se realizaron estudios de inmunohistoquímica para proteína S-100, actina, calponina, p63, citoqueratina AE1/AE3, antígeno epitelial de membrana y lisozima. Se eliminaron los casos en los que se demostró producción de moco o diferenciación mioepitelial. Las características clínicas, evolución y factores pronósticos se compararon con los previamente reportados en la literatura internacional. **Resultados:** se revisaron 650 casos de neoplasias de glándulas salivales de un total de 179,008 casos diagnosticados durante 1983 a 2003. De estos 650

tumores, 245 fueron benignos y 405 malignos. Solamente se identificaron dos casos con características histológicas de carcinoma hialinizante de células claras. Estas neoplasias estaban constituidas por trabéculas y nidos de células poligonales con citoplasma claro inmersas en un estroma hialinizado. Se demostró la presencia de glucógeno intracelular y se observó ausencia de reactividad con anticuerpos para células mioepiteliales. **Conclusiones:** en este trabajo se describen dos casos de carcinoma hialinizante de células claras identificados en un periodo de 20 años, lo cual confirma la baja incidencia de esta neoplasia. Las características clínicas e histopatológicas fueron similares a las previamente descritas. El diagnóstico diferencial incluye todos los tumores de glándula salival que contienen células claras, entre ellos: carcinoma mucoepidermoide (principalmente la variante esclerosante), carcinoma de células acinares, mioepitelioma de células claras y carcinoma epidermoide rico en glucógeno. Es de gran importancia establecer una distinción clara entre estas enfermedades, ya que a diferencia de la mayor parte de ellas, el carcinoma hialinizante de células claras se considera una neoplasia con baja incidencia de metástasis y tendencia a recurrencia local.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Eur J Histochem* 2008;52(4):251-4.
2. *Cancer* 2009;115(1):75-83.
3. *Oral Oncol* 2004;40(3):348-52.
4. *Oral Oncol* 2002;38(4):364-8.

Carcinoma medular de páncreas. Informe de un caso y revisión de la literatura

Fredy Chablé Montero, Armando Gamboa Domínguez,* Daniel Montante Montes de Oca,* Arturo Ángeles Ángeles,* Jorge Albores-Saavedra**

* Departamento de Patología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

El carcinoma ductal de páncreas es el tipo más frecuente de carcinoma pancreático. El carcinoma medular es raro y el patólogo quirúrgico no está familiarizado con este padecimiento y su trascendencia clínica.

Presentación del caso: mujer de 58 años con historia familiar de carcinoma pancreático y cervicouterino, incidentalmente hace nueve meses por ultrasonido se detectó un tumor sólido en el páncreas. La TAC evidenció un tumor sólido en el cuerpo de páncreas de 46 mm, que comprimía la curvatura menor del estómago, sin datos de infiltración peripancreática, ni adenopatías abdominales. Recibió dos ciclos de quimioterapia con gemcitabina, sin respuesta clínica. Se realizó pancreatometomía subtotal con gastrectomía total y esplenectomía. En el cuerpo pancreático se observó tumor sólido de 3.7 x 3.5 cm, bien delimitado, de superficie fibrosa blanca con puntillado amarillo, sin infiltración a la pared gástrica ni al bazo. Microscópicamente constituidos sincisios de células grandes y poligonales, con núcleos ovoides de cromatina vesiculosa y nucléolo prominente asociados con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y necrosis cartográfica, con metástasis en 4/59 ganglios linfáticos. La neoplasia mostró positividad nuclear para los microsatélites MLH1, MSH2

y MSH6, por lo que se descartó su inestabilidad. La hibridación *in situ* para virus de Epstein-Barr fue negativa. **Comentario:** el carcinoma medular se caracteriza por bordes expansivos, patrón de crecimiento sincisial, necrosis y formación glandular menor de 30%. Algunos casos están asociados con infección del virus de Epstein-Barr. La importancia de reconocer esta variedad radica en que algunos casos han mostrado alteraciones de microsatélites y se han asociado con el síndrome de Lynch.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goggins M, Offerhaus GJA, Hilgers W, et al. Pancreatic adenocarcinomas with DNA replication errors (RER+) are associated with wild-type K-ras and characteristic histopathology poor differentiation, a syncytial growth pattern, and pushing borders suggest RER+. *Am J Pathol* 1998;152:1501-7.
2. Wilentz RE, Goggins M, Redston M, et al. Genetic, immunohistochemical, and clinical features of medullary carcinoma of the pancreas: a newly described and characterized entity. *Am J Pathol* 2000;156:1641-51.

Tumor carcinoide de íleon metastásico a mamas

Fredy Chablé Montero, Marco Aurelio González Romo,** Daniel Montante Montes de Oca,* Miguel Moreno García,** Genoveva Fuentes Córdova, José Rodrigo García Vaca****

* Departamento de Patología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

** Departamento de Patología

*** Departamento de Cirugía Oncológica y Oncología Médica

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

Las metástasis representan 1-2% de todos los tumores mamarios. Los sitios primarios más frecuentes son el pulmón, la próstata, la tiroides y el riñón. Las metástasis de primarios gastrointestinales son raras y generalmente corresponden a adenocarcinomas. **Presentación del caso:** mujer de 55 años, a quien por ultrasonido se le identificaron dos lesiones en mama derecha, una de éstas se escindió nueve meses después y fue reportada como carcinoma ductal infiltrante. Posteriormente se realizó mastectomía radical, la cual mostró un nódulo de 7 mm, de superficie lisa marrón amarillo. Microscópicamente, se observó neoplasia multicéntrica, con patrón organoide, constituida por nidos de células monótonas de tamaño intermedio, con moderada cantidad de citoplasma eosinófilo granular y núcleos esféricos con cromatina en sal y pimienta, sin mitosis. Estas células expresaron cromogranina, sinaptofisina y CDX2. Con este fenotipo se sugirió metástasis de probable primario intestinal. Posteriormente una tomografía mostró múltiples metástasis hepáticas y una masa en íleon con infiltración a colon transversal. La paciente recibió quimioterapia por síndrome carcinoide. Un mes después se realizó BAAF de nódulo mamario izquierdo, el cual se reportó como carcinoide metastásico. Permanece viva con enfermedad persistente controlada después de 21 meses. **Comentario:** las metástasis de tumor carcinoide a la mama son raras y suelen confundirse con carcinomas. El sitio de origen primario

más común es íleon. El 100% de los tumores carcinoides primarios y metastásicos de tubo digestivo bajo expresan CDX2, no así los pulmonares y de tubo digestivo alto. La expresión de CDX2 en sitios poco habituales debe descartar la posibilidad de metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female and genital organs. Lyon: IARC Press, 2003.
2. Rubio IT, Korourian S, Brown H, et al. Carcinoid tumor metastatic to the breast. Arch Surg 1998;133:1117-9.
3. Jaffee IM, Rahmani M, Singhal MG, et al. Expression of the intestinal transcription factor CDX2 in carcinoid tumors is a marker of midgut origin. Arch Pathol Lab Med 2006;130:1522-6.
4. Gupta C, Malani AK, Rangineni S. Breast metastasis of ilial carcinoid tumor: case report and literature review. W J Surg Oncol 2006;4:15.

Carcinoide atípico de pulmón metastásico a los ovarios

Fredy Chablé Montero, Marco Aurelio González Romo,** Daniel Montante Montes de Oca,* Miguel Moreno García,** José Rodrigo García Vaca,*** Francisco Zacarías Sarao****

* Departamento de Patología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

** Departamento de Patología

*** Departamento de Cirugía Oncológica

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

Los tumores metastásicos al ovario representan 30% de las causas de

muerte por cáncer y hasta 7% de las masas ováricas en las mujeres. Pueden provocar errores de diagnósticos al ser clasificados como primarios.

Presentación del caso: mujer de 45 años con diagnóstico previo de carcinoma de células pequeñas de pulmón. Ingresó por incremento de los síntomas pulmonares y masa hipogástrica. La tomografía fue consistente con cistadenoma ovárico izquierdo. Se resecaron ambos ovarios. El ovario derecho midió 7 x 6 x 4 cm y el izquierdo 18 x 15 x 9 cm. Al corte, tenían superficie multinodular, sólida, marrón amarillo, con áreas microquísticas y nódulos necróticos. El izquierdo mostró dos quistes dominantes, el mayor con revestimiento granular marrón claro. Microscópicamente, tenían patrón de crecimiento sólido, áreas organoides y trabeculares, formación deseudorosetas perivasculares y macrofoliculos. Los quistes estaban revestidos por células neoplásicas. Las células eran de tamaño intermedio, con moderada cantidad de citoplasma y núcleos ovoides con cromatina en sal y pimienta, con numerosas mitosis. Las células neoplásicas fueron positivas para cromogranina, sinaptofisina, CD56 y TTF1, y negativas para inhibina y CDX2. **Comentario:** los tumores carcinoides primarios de ovario son raros (0.1% de todas las neoplasias ováricas). Los carcinoides metastásicos a ovario pueden confundirse con tumores primarios. Se ha demostrado expresión de TTF1 en 43% de carcinoides y 90% de carcinomas de células pequeñas pulmonares, por lo que su expresión en carcinoides de ovario apoya como primera posibilidad primario pulmonar. En

carcinoides de otros sitios fue negativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Modlin IM, Lye KD, Kidd M. A 5-decade analysis of 13,715 carcinoid tumors. Cancer 2003;97(4):934-59.
2. Tavassoli FA, Devilee P. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of tumours of the breast and female and genital organs. Lyon: IARC Press, 2003.
3. Lin X, Saad RS, Luckasevic TM, et al. Diagnostic value of CDX-2 and TTF-1 expressions in separating metastatic neuroendocrine neoplasms of unknown origin. Appl Immunohistochem Mol Morphol 2007;15:407-14.
4. Strosberg J, Nasir A, Cragun J, et al. Metastatic carcinoid tumor to the ovary: a clinicopathologic analysis of seventeen cases. Gynecol Oncol 2007;106:65-68.

Carcinoma bronquiolo-alveolar difuso, con presentación clínica de neumotórax espontáneo: presentación de un caso

AG Puebla Mora, AM Cano Valdez, KL López Facio

Centro Médico de Occidente, Guadalajara, Jal.

Presentación del caso: paciente masculino de 58 años que acudió a consulta por dolor en hemitorax izquierdo, con disnea, diaforesis y tos seca. El examen físico evidenció ausencia del murmullo vesicular del lado izquierdo y taquipnea. Se diagnosticó como neumotórax espontáneo, lo cual fue corroborado con radiografía, la cual mostró colapso pulmonar total izquierdo; el pulmón derecho mostró fibrosis basal, con imagen de panal de abeja. Se colocó sonda de pleurostomía, con lo que se agregó enfisema subcutáneo. Como antecedentes de importancia,

trabajó en mina de carbón por 12 años, exposición 16 horas al día; asmático desde hace 34 años, tratado con broncodilatadores hasta la actualidad. Presentó derrame pleural un año antes de su padecimiento actual por neumonía complicada. La evolución intrahospitalaria fue tórpida, con gastos elevados por sonda endopelural y hallazgos de TAC y radiológicos de fístula broncopulmonar, se decidió someter a cirugía. Se identificó parénquima pulmonar izquierdo de características enfisematosas, colapsado en su totalidad, con múltiples lesiones fistulosas de predominio en segmentos posteriores y apicales.

Estudio anatomopatológico: se recibió pulmón de lado izquierdo de 550 g, con pleura visceral congestiva, múltiples áreas de hemorragia y pérdida de la continuidad en la pleura, de bordes estrellados, de 1 a 1.5 cm. La superficie de corte muestra parénquima pulmonar marrón oscuro, con múltiples cavitaciones, de pared rígida y de aspecto engrosado que afectan 80% de la superficie total. El parénquima residual muestra aumento de consistencia, marrón grisáceo, con aspecto moteado marrón claro alternando con áreas blanquecinas. La imagen histológica mostró un carcinoma bronquioloalveolar no mucinoso que abarcó 70% de la superficie pulmonar y en contacto con los límites quirúrgicos. Después de la cirugía mostró poca tolerancia a la respiración autónoma, con fatiga respiratoria, por lo que se mantiene con ventilador. Continuó con disminución progresiva de índices respiratorios. Un mes después de la cirugía presentó enfisema subcutáneo y neumotórax derecho, con deterioro respiratorio y muerte del paciente. No se realizó

estudio *postmortem*. **Comentario:** se estima que la incidencia del neumotórax causado por neoplasia pulmonar varía entre 0.03 y 1%. Debido a que se asocia con un rápido crecimiento tumoral, el pronóstico en estos pacientes es malo. Las cavitaciones son también una forma rara de manifestación clínica de carcinoma. La peculiaridad del presente caso estriba en su forma de presentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galvis JM, Mafe MJ, Baschwitz GB, Pérez CA, Rodríguez PJ. Neumotorax espontáneo como primera manifestación de un carcinoma pulmonar. Arch Bronconeumol 2001;37:397-400.
2. Rivas de Andrés J, et al. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento del neumotórax. Arch Bronconeumol 2002;38(12):589-95.

Carcinoma epidermoide de piel poco diferenciado tipo linfoepitelioma. Presentación de un caso

Carlos Arturo Martínez Quiroga, Fabiola Elizabeth Rodríguez Ramírez, Axel Ramírez Varela

El carcinoma epidermoide de piel tipo linfoepitelioma es una neoplasia extremadamente rara que morfológicamente remeda al carcinoma nasofaríngeo indiferenciado (linfoepitelioma). Este tipo de tumores se ha descrito en la glándula salival, el estómago, los pulmones, el timo, la laringe y el cuello uterino. En piel se describió por primera vez en 1988 y desde entonces se han descrito 46 casos en la literatura. Se describe un caso de carcinoma epidermoide de piel poco diferenciado tipo linfoepitelioma. **Presentación del caso:** mujer de 77 años que inicia con lesión ulcerada en piel

cabelluda, dolorosa, sangrante y de crecimiento lento. Se realizó biopsia por incisión y posteriormente inmunomarcación con CKAE1-3, CD20 y CD3. Después se recibió biopsia por escisión de 5 x 4.8 x 0.5 cm. Microscópicamente, en dermis papilar y reticular, se identifican nidos de células escamosas malignas poco diferenciadas de bordes infiltrantes, rodeados por intenso infiltrado inflamatorio de tipo crónico compuesto principalmente por linfocitos. Las células malignas son positivas de manera intensa a CKAE1-3, y el infiltrado inflamatorio policlonal con positividad a CD3 y CD20. En la biopsia por escisión se observan las mismas características morfológicas e inmunohistoquímicas. El carcinoma epidermoide de piel poco diferenciado tipo linfoepitelioma es una neoplasia muy rara que tenemos que tener en cuenta en casos de tumores de piel de personas de edad avanzada, donde histológicamente se observa intenso infiltrado inflamatorio de tipo crónico que rodea a nidos de células escamosas malignas poco diferenciadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nebojsa Arsenovic. Lymphoepithelioma-like carcinoma of the skin: new case of an exceedingly rare primary skin tumor. Dermatology Online Journal. 2008;14(8):12.

Carcinoma pilomatricial (pilomatricoma maligno). Presentación de un caso

Juan Manuel Álvarez Reyes, Nadia Gómez Hernández

Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí

El carcinoma pilomatricial o pilomatricoma maligno es la contraparte maligna del pilomatricoma, es extremadamente raro, predomina en adultos con amplio rango de edad, con edad media de 48 años. La relación hombre:mujer es de 2:1. La mayoría se originan *de novo*, aunque ocasionalmente pueden desarrollarse en un pilomatricoma preexistente. Se localiza en la cabeza y el cuello, extremidades superiores y región glútea. **Presentación del caso:** hombre de 92 años con tumor retroauricular derecho, de cinco años de evolución, móvil, indoloro, de crecimiento lento, de 2 cm de diámetro. Macroscópicamente, se estudió un tumor ovoideo, de 2 x 2 cm con superficie externa multinodular, al corte, blanquecino, denso, firme, con áreas necrohemorrágicas excéntricas. Histológicamente, es una neoplasia constituida por grupos mal limitados de células basaloideas, con nucléolo prominente y con frecuentes mitosis atípicas, células fantasma, microcalcificaciones, focos de necrosis y áreas con material córneo. **Discusión:** el carcinoma pilomatricial es una neoplasia infrecuente que puede confundirse con carcinoma basocelular, carcinoma basoescamoso o carcinoma sebáceo. Es localmente agresivo, con raras metástasis a ganglios linfáticos, pulmón o hueso. Es necesaria la escisión amplia.

BIBLIOGRAFÍA

1. LeBoit PE, et al. Pathology and genetics, Skin tumours. WHO. Lyon: IARC Press, 2006.
2. Autelitano L, et al. Pilomatrix carcinoma with visceral metastases. Case report and review of the literature. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2008.

Carcinomas metastásicos al útero: presentación de dos casos

Fredy Chablé Montero,* Marco Aurelio González Romo,** Miguel Moreno García,** Pablo Leonardo Romero Calderón,*** Jonás Maya Ochoa***

* Departamento de Patología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

** Departamento de Patología

*** Departamento de Cirugía Oncológica

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

Las metástasis al sistema genital femenino son poco frecuentes. La gran mayoría ocurren en los ovarios (75-80%). Las metástasis al cuerpo uterino (incluyendo endometrio) son raras, representan menos de 10% de todos los casos de metástasis a este sistema y se asocian con un estadio clínico avanzado. **Presentación de casos:** caso 1: mujer de 50 años. Cinco años antes se le diagnosticó un carcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda tratado con mastectomía y tamoxifén. Al suspender el tamoxifén, experimentó hemorragia uterina anormal, por lo que sospechó carcinoma endometrial secundario. Se realizó histerectomía con salpingooforectomía bilateral. La cavidad endometrial estaba dilatada e infiltrada difusamente por un tumor de aspecto empedrado gris con nódulo dominante de 3 x 2 cm. Estaba compuesto por hileras y mórulas de células pequeñas con núcleos esféricos y escaso citoplasma eosinófilo, sin infiltración al miometrio. Caso 2: mujer de 39 años. Dos años antes se le diagnosticó un carcinoma mucinoso

de colon tratado con quimioterapia. En una tomografía de control se observó un tumor mixto del cuerpo uterino. Se le realizó histerectomía. El cuerpo uterino mostró un tumor de 14 x 11.5 cm, de superficie mucóide con áreas sólidas blancas y focos de hemorragia. Estaba constituido por glándulas tubulares y quísticas revestidas por epitelio cilíndrico mucinoso y moco extracelular abundante. **Comentario:** cerca de la mitad de los casos de metástasis al cuerpo uterino corresponden a carcinomas de mama (42.9%). Otros sitios primarios menos frecuentes son el colon (17.5%), la piel, el estómago, el apéndice cecal y el hígado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mazur MT, Hsueh S, Gersell DJ. Metastases to the female genital tract: analysis of 325 cases. Cancer 1984;53:1978-84.
2. Piura P, Yanai-Inbar I, Rabinovich A, et al. Abnormal uterine bleeding as a presenting sign of metastases to the uterine corpus, cervix and vagina in a breast cancer patient on tamoxifen therapy. Eur J Obst Gynecol Rep Biol 1999;83:57-61.
3. Karvouni E, Papakonstantinou K, Dimopoulou C, et al. Abnormal uterine bleeding as a presentation of metastatic breast disease in a patient with advanced breast cancer. Arch Gynecol Obstet 2009;279:199-201.

Hallazgos histopatológicos de 35 casos de carcinomas renales, estudio retrospectivo de nueve años

Mónica Lizzette Serrano Arévalo, Gerónimo Martín Tavares Macías
Servicio de Anatomía Patológica del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, OPD Dr. Juan I Menchaca

Antecedentes: el carcinoma de células renales representa 90% de

los tumores malignos renales en el adulto, se presenta a partir de los 40 años, sin predominio por sexo. La variedad histológicas más común es el carcinoma de células claras, el tamaño promedio es de 7 cm y es solitario, generalmente. La triada clásica es en la mayoría: dolor, hematuria y masa palpable, aunque el 40% no la padecen, debutan con síntomas sistémicos, se observa metástasis a órganos distantes en 30% al momento del diagnóstico. **Objetivos:** conocer los hallazgos histopatológicos más frecuentes de los carcinomas renales en el adulto en nuestro hospital, así como edad, sexo, localización y tamaño del tumor. Se revisaron nuestros archivos de enero de 2000 a diciembre de 2008 de todas las nefrectomías en búsqueda de casos con carcinoma renal en pacientes adultos. **Resultados:** en los nueve años tuvimos 35 casos de carcinomas renales (0.48%) de un total de 72,186 estudios histopatológicos realizados; de esos 35 casos: 26 (74%) fueron carcinoma de células claras, tres (8.5%) carcinoma de células transicionales, tres (8.5%) carcinomas cromófobos, 2 (5.7%) carcinoma papilar y un caso de carcinoma escamoso de pelvis renal, (2.8%). En relación con el carcinoma de células claras no hubo predominio por el sexo, ya que 14 de 26 (53%) se presentaron en hombres. La edad promedio fue en la quinta y sexta década de la vida, 13 de 26 (50%). En relación con el lado afectado, 14 de 26 (53%), fueron izquierdos. El diámetro promedio fue de 9 cm. El grado de Fuhrman más frecuente en el carcinoma de células claras fue el II y III, se presentó en 18 casos de los 26 (69%); en segundo lugar el grado IV con ocho de los 26 (30%). No se

encontró carcinoma de células claras grado Fuhrman (F) I. El patrón de crecimiento más frecuente fue el sólido 13 de 26 (50%), seguido por el mixto seis de 26 (23%), quístico cuatro de 26 (15%). 18 de los 26 carcinoma de células claras (69%) infiltraban la capsula renal pero sin rebasarla completamente. Tres de los cuatro casos de carcinomas de la pelvis renal mostraron un grado histológico alto, uno de ellos con diferenciación escamosa en 90% del tumor. Se encontraron tres carcinomas cromófobos (8.5%) y dos carcinomas papilares: uno tipo I y el otro tipo II. **Discusión:** nuestra serie de carcinomas renales, similar a lo reportado en la literatura, mostró que el carcinoma de células claras es la neoplasia maligna primaria más frecuente del adulto con 26 de los 35 casos (74%), el tamaño promedio fue 9 cm, que fue mayor que el promedio de 7 cm reportado en otras series. La localización del tumor predominante fue en el polo superior y tercio medio. El patrón de crecimiento predominante en el carcinoma de células claras fue el sólido (50%), similar a la literatura. En la literatura el patrón sarcomatoide se presenta con una frecuencia de 5%, en nuestra serie lo observamos en tres de los 26 casos (11.5%) elevado sin embargo acorde con el rango de frecuencia en otras series. El grado histológico II y III se observó en 69% de los casos de carcinoma de células claras, siendo éste uno de los factores pronósticos adversos más importantes en los casos de carcinoma de células claras. La permeación vascular venular intratumoral se presentó en ocho de nueve (88%) de carcinoma de células claras con F II y en 16 de 17 carcinoma de células claras F III-IV (94%).

El trombo tumoral en vena renal se observó en dos de nueve (22%) de los carcinoma de células claras Fuhrman II y seis de 17 (35%) carcinoma de células claras con F III-IV. La infiltración a la capsula renal se observó en los 26 casos de carcinoma de células claras (100%); sin embargo, ésta fue rebasada en los F II en un caso (11%) y en cuatro casos (23.5%) de los F III-IV. Por último, el tamaño del tumor en 17 de los casos F III-IV fue 10 cm contra 7 cm de los F II. La neoplasia que ocupa el segundo lugar en frecuencia en la literatura es el carcinoma papilar; en nuestra revisión el carcinoma de células transicionales fue la segunda neoplasia más frecuente con cuatro casos (11%), la tercera neoplasia más frecuente en nuestra serie fue el carcinoma cromóforo con tres casos cual es debido a que nuestra muestra es pequeña. Los carcinomas de células claras en nuestra serie se presentaron en tres casos (8.5%) ligeramente mayor que el 5% reportado en la literatura. En relación al carcinoma papilar, ésta fue la cuarta neoplasia más común de nuestra revisión con dos casos (5.7%); sin embargo, en varias series esta neoplasia es la segunda neoplasia maligna más frecuente, después del carcinoma de células claras. Las variaciones en frecuencia del carcinoma de células transicionales, del carcinoma cromóforo y del carcinoma papilar en nuestra serie son debidas probablemente a que se trata de una serie pequeña de carcinomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prognostic stratification of localized renal cell carcinoma by tumor size. *Journal of Urology* 2008;180:62-67.

2. Microvascular tumor invasion, tumor size and Fuhrman grade: a pathological triad for prognostic evaluation of renal cell carcinoma. *Journal of Urology* 2007;178:425-8.
3. Weidner, Cote, Suster, Weiss. Modern surgical pathology. Saunders, Vol. II. 2003;pp:1070-83.
4. Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs. World Health Organization Classification of Tumours 12-14,23-25,27-32.

Tumor mixto maligno de glándula parótida carcinosarcoma: presentación de un caso

Ezequiel Vélez Gómez, Luis Raúl Chavira Guerrero

Los tumores mixtos malignos de glándula salival se clasifican en: carcinoma ex adenoma pleomorfo, tumor metastatizante y carcinosarcoma, este ultimo descrito por Kirklin en 1951, y se considera un verdadero tumor mixto maligno. Epidemiológicamente es infrecuente, sólo representa 0.5% de los tumores malignos de glándula salival. El tumor es de histología bifásica, con un patrón carcinoma-toso y sarcomatoso, con hipótesis de origen multiclonal o policlonal, su pronóstico desfavorable. Teniendo en cuenta como diagnóstico diferencial metástasis de sarcoma, carcinoma ex adenoma pleomórfico. **Presentación del caso:** presentamos el caso de un hombre de 45 años con tumor en región parotídea de 3 x 3 x 3 cm oval, de rápido crecimiento (tres meses), no fijo a planos profundos, macroscópicamente cubierto parcialmente por remanentes de glándula parótida y por una pseudocapsula rota, de color marrón claro; al corte presenta superficie blanquecina y consistencia blanda. Histológicamente, se observó un componente glandular con atipias

nucleares, pleomorfismo y mitosis atípicas, estratificación y formaciones papilares, delineado por células mioepiteliales en algunas glándulas, mostrando transición hacia las células estromales, conservando su membrana basal en otras, positivas a citoqueratina y vimentina, en el estroma se encuentran células gigantes multinucleadas bizarras, con mitosis atípicas y pleomorfismo conformando el componente sarcomatoso; son positivas para S100 y vimentina y actina específica para músculo liso. Los componentes mesenquimal y epitelial con características malignas. Encontrándose también diferenciación cartilaginosa y lipomatosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asim Qureshi, Abrar Barakzai. Spectrum of malignancy in mixed tumors of saliva gland: a morphological and immunohistochemical review 23 cases. *Pathol* 2008:150-4.
2. Barnes L, Evenson JW. WHO Head and neck tumors, 2005;pp:244.
3. Gotte K, Riedel F, Coy JF, Spahn V, Hormann K. Salivary gland carcinosarcoma: immunohistochemical, molecular genetic and electron microscopic findings. *Oral Oncol* 2000;36:360-4.

Carcinosarcoma renal. Reporte de un caso

Clotilde Guajardo López, Jesús Ángel Villagrán Uribe

El carcinosarcoma se describió por primera vez por Virchow en 1864. Es una neoplasia con elementos epiteliales y mesenquimales cada uno de los cuales expone un criterio morfológico y biológico diferente de malignidad. En los últimos cincuenta años se han descrito aproximadamente 127 casos de carcinosarcomas localizados en el aparato urogenital. Con una inciden-

cia 1-2%. Se reporta un caso poco frecuente y revisión de la literatura.

Presentación del caso: hombre de 73 años, inició su padecimiento cinco meses antes con presencia de tumor en flanco derecho sin otros síntomas, TAC de abdomen y pelvis reporta tumor en riñón derecho con metástasis hepáticas y pulmonares, se le realizó nefrectomía derecha más linfadenectomía retroperitoneal, el paciente falleció cuatro días posterior a su ingreso. Histológicamente, es una neoplasia maligna compuesta por células epiteliales que se disponen en áreas sólidas y estructuras tubulares son células grandes, de citoplasma abundante claro, y de núcleos centrales de cromatina fina, por otro lado células fusiformes de núcleos ovales, vesiculares, y algunas otras de forma poligonal dispuestas en una matriz osteoide, dichas células neoplásicas reemplazan el parénquima renal normal y lo infiltra en forma extensa. En la literatura, la mayoría de los carcinosarcomas renales se presentan en la sexta y séptima década de la vida, con mayor frecuencia en hombres. Es importante excluir: 1) carcinomas sarcomatoides y 2) tumor de colisión. El pronóstico es pobre, generalmente mueren por enfermedad diseminada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rao MS, Lotuaco LG. Carcinosarcoma of the adult kidney. *Postgraduate Medical Journal* 1977;53:408-11.
2. Lema GJ, Blanco PM, Suárez PJM, Durana TC. Carcinosarcoma de pelvis renal: aportación de un caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp* 2002;26(7):509-12.
3. Namsupak J, Sparks S, Zaslau S, Kandsari SJ. Carcinosarcoma of the kidney. *Internet Journal of Urology* 2008;5(2).

Carcinosarcoma uterino (tumor maligno mixto mülleriano). Presentación de un caso y revisión de la literatura

Celestina Menchaca Cervantes, Gabriela Garza Solís

Neoplasia compuesta por una mezcla de componentes epiteliales y mesenquimales malignos, predominantemente en mujeres posmenopáusicas, asociado con tamoxifén, se manifiesta principalmente por sangrado transvaginal, tumor abdominal y dolor pélvico. **Presentación del caso:** se presenta caso de paciente femenino de 64 años de edad que ingresa a cirugía con diagnóstico de tumor primario de útero probable leiomioma. Macroscópicamente el espécimen es una pieza multilobulada irregular de 35 cm de diámetro máximo de 5,700 g de peso, con superficie de corte blanca carnosa con áreas de necrosis, hemorragia y degeneración amarilla. Histológicamente, presenta elemento epitelial maligno y elementos heterólogos mesenquimales malignos con predominio de músculo liso en forma de rabiomioblastos y condrocitos; inmunohistoquímicamente con positividad para proteína S100 y mioglobina. Con lo anterior se concluye un diagnóstico de carcinosarcoma uterino (tumor mixto mülleriano) con componente de carcinoma poco diferenciado y de sarcoma de alto grado con elementos heterólogos (rabiomioma y condrosarcoma).

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization of tumours. Pathology and genetics tumours of the breast and female genital organs.

2. Mills SE. Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology.

Análisis de la biología de los carcinosarcomas del útero y reporte de cinco casos

Edgar Stiva Oviedo Cárdenas

Antecedentes: tradicionalmente conocido como tumor mixto maligno mülleriano, el carcinosarcoma es un tumor formado por un componente epitelial maligno y otro mesenquimatoso también maligno. El segundo puede tener diferenciación hacia componentes heterólogos como rabiomioma, condro u osteosarcoma. Se presentan en mujeres postmenopáusicas. Algunos relacionados con la ingestión de tamoxifén. Son tumores generalmente polipoides y voluminosos. Se diagnostican comúnmente en estadios avanzados y tienen peor pronóstico que los adenocarcinomas endometrioides de alto. **Objetivo:** analizar la histogénesis y comportamiento biológico de los carcinosarcomas uterinos a propósito de seis casos diagnosticados en el Instituto Estatal de Cancerología de Guerrero (IECAN) de 2008 a 2009. **Material y método:** se revisaron los archivos de patología del IECAN de 2000 a 2009 y se encontraron cinco casos de carcinosarcomas uterinos; tres diagnosticados en 2008 y dos en 2009. Se realizó extensa revisión bibliográfica con énfasis en la histogénesis y comportamiento biológico de estos tumores. **Resultados:** se encontraron cinco casos en nueve años, los cinco diagnosticados sólo de 2008 a 2009. Uno tiene componentes heterólogos (rabiomioma). Las edades de presentación van de los 40 a los 66 años. Un paciente murió

a consecuencia del tumor, otra se perdió y tres están vivas a la fecha. **Conclusiones:** los carcinosarcomas son relativamente infrecuentes, de comportamiento agresivo, determinado por el componente epitelial, que es el que prolifera y metastatiza. Se origina de células madre pluripotenciales que dan origen a la doble diferenciación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Int J Gynecol Cancer 1993;3:1-11.
2. Human Pathol 1993;24:132-42.
3. Human Pathol 1991;22:215-23

Cistadenoma seromucinoso de ovario con nódulo mural de células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto atípicas (sarcomatoides). Presentación de un caso

AG Puebla Mora, AM Cano Valdez, HR Domínguez Malagón, N Sánchez Grajeda

Centro Médico de Occidente, IMSS. Instituto Nacional de Cancerología.

Los tumores mucinosos ováricos pueden contener nódulos murales seudosarcomatosos. La distinción de estos nódulos de sarcomas verdaderos o carcinomas anaplásicos es esencial ya que el pronóstico es diferente. Se presenta un caso de cistadenoma seromucinoso asociado con un nódulo mural seudosarcomatoso. **Presentación del caso:** paciente femenino de 15 años, sin antecedentes de importancia, que se presentó a consulta por crecimiento abdominal y dolor leve. El ultrasonido demostró lesión quística de 32 cm de diámetro, a descartar origen ovárico o mesentérico e hidronefrosis secundaria a obstrucción. Los marcadores tumorales

se encontraron dentro de límites normales. **Hallazgos patológicos:** se recibió un tumor quístico de 40 cm de diámetro que contenía seis litros de líquido hemorrágico. La superficie interna presentaba 13 nódulos rojos, friables con diámetro entre 1 y 7 cm. El resto de la pared presentaba zonas de hemorragia. En los cortes histológicos se observó epitelio denudado con numerosas células mononucleares epitelioides y fusiformes, con citoplasma vacuolado, núcleos centrales vesiculosos y nucléolo aparente. Se identificaron además células multinucleadas de tipo osteoclasto con pleomorfismo nuclear, mitosis atípicas y áreas de necrosis hemorrágica. El revestimiento epitelial residual del quiste era columnar alto mucoprodutor y alternaba con epitelio plano simple sin atipia nuclear. Los estudios de inmunohistoquímica demostraron origen histiocítico-fagocítico de las células gigantes, con índice de proliferación bajo (1%). **Discusión:** los nódulos murales son crecimientos endofíticos extremadamente raros que pueden identificarse en neoplasias epiteliales quísticas, generalmente de origen mucinoso. Se han reportado en asociación con: sarcomas, nódulos sarcomatoides y carcinoma anaplásico. Debido al aspecto histológico, constituido por células gigantes tipo osteoclasto, fusiformes y epitelioides atípicas, puede diagnosticarse erróneamente como neoplasia maligna, por lo que se requiere correlación adecuada con el tipo histológico de neoplasia epitelial adyacente y estudio de inmunohistoquímica para confirmar origen epitelial o reactivo de estas células.

REFERENCIAS

1. Hart, W. Mucinous tumors of ovary: a review. *Int J Gynecol Pathol* 2005;24(1).
2. Chang W, et al. Carcinosarcoma-like mural nodule in intestinal type mucinous ovarian of borderline malignancy: a case report. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:549-53.
3. Bagué S, Rodríguez I, Prat J. Sarcoma-like mural nodules in mucinous cystic tumors of the ovary revisited. *Am J Surg Pathol* 2002;26(11):1467-76.
4. Chakrabarti S, Konar A, Biswas S, Das S. Sarcoma-like mural nodules in ovarian mucinous cystadenomas. A report of two cases. *Indian J Med Sci* 2005;59(11):499-502.
5. Provenza C, Young R, Prat J. Anaplastic carcinoma in mucinous ovarian tumors. A clinicopathologic study of 34 cases. *Am J Surg Pathol* 2008;32(3):383-9.

Cistitis glandular quística y mullerianosis vesical. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Francisco Ramos Solano, Rebeca Jiménez Herrera

La cistitis glandular tiene una incidencia aproximada de 0.1-0.9%, si hay lesión extensa se ha asociado potencialmente como lesión premaligna; se asocia a extrofia vesical y lipomatosis pélvica, se localiza preferentemente en el trigono. La mullerianosis se define por la presencia de restos de origen mülleriano (endometriosis, endosalpingiosis y endocervicosis) más frecuentemente combinada, en pared vesical. En vejiga fue descrita por Young y Clement en 1992. **Presentación del caso:** describimos un caso que corresponde a una mujer de 29 años que tiene una gesta y un parto, presenta disuria y tumor vesical. El material remitido correspondía a fragmento de mucosa y pared vesical,

el urotelio presenta de 5-8 capas con maduración completa, por debajo del cual se observan estructuras glandulares revestidas por células columnares de citoplasma claro vacuolado con núcleos basales sin anaplasia, entre estas glándulas se observan glándulas de menor tamaño de aspecto endometrial, revestidas por células columnares con pseudoestratificación en estroma celular compuesto por células de núcleos ovoides oscuros además de linfocitos y eosinófilos. Existe otro grupo de glándulas que tienen pliegues y se proyecta hacia la luz, compuestas por un epitelio simple cilíndrico compuesto por células ciliadas y no ciliadas. La positividad inmunohistoquímica de marcadores para estrógenos y progesterona corroboró el componente de endometriosis. Debido a su rareza y a los hallazgos histológicos los patólogos debemos reconocerlas para evitar una posible confusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clement PB, Young RH. Endocervicosis of the urinary bladder: a report of six cases of a benign mullerian lesion that may mimic adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 1992;16:533-44.
2. John H, Konstantinuous S, Vaios P, et al. Endocervicosis of the bladder: report of a case and review of the current literature. *Int J Clin Exp Pathol* 2009;2:91-94.

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

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

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 uno por cada 3,500-9 mil nacimientos. La mayoría no dan síntomas clínicos y son diagnóstico incidental; sin embargo cuando es grande puede complicar el embarazo con hidramnios, hemorragia posparto, retraso en el crecimiento intrauterino, insuficiencia cardiaca congestiva del producto, etcétera.

Presentación del caso: 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 realizó un ultrasonido obstétrico encontrando ausencia de latido fetal; además se observó imagen ecogénica de 3.6 x 3.2 cm, localizada en el lado derecho del disco placentario. Se realizó cesárea obteniendo producto óbito 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. El diagnóstico histológico fue placenta del tercer trimestre del embarazo con corangioma placentario de cuatro 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.

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

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. Se describe un caso de coristoma hepático en la vesícula biliar y revisar la literatura existente. Se recabaron los datos clínicos, ultrasonido abdominal, examen macroscópico de la colecistectomía así como revisión de la literatura. **Presentación del caso:** una paciente de 40 años con dolor abdominal, náusea y vómito. Ultrasonido abdominal que reporta colecistolitiasis, con hígado y vesícula biliar de aspecto normal. Se realizó colecistectomía electiva, sin compli-

caciones. 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 portales el cual se encuentra sin contacto con la mucosa. La vesícula biliar es el sitio más 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 este 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. Eur J Gastroenterol Hepatol 2004.
2. Two cases of ectopic liver attached to the gallbladder wall. HPB 2002;4(4).
3. Hamdani SD, Baron RL. Ectopic liver simulating a mass in the gallbladder wall: imaging findings. AJR Am J Roentgenol 1994;162:647-8.

Dermatofibrosarcoma protuberans de mama. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Edgar Stiva Oviedo Cárdenas, José G. Muñoz, Ma. Estela Cuevas Motezuma

El dermatofibrosarcoma protuberans es un tumor fibrohistiocítico de grado intermedio de la dermis y tejido subcutáneo, localmente agresivo pero con poca capacidad de metástasis. Se puede presentar en casi cualquier localización pero su presentación más común es en el dorso del tronco y en las extremidades. Existen sólo algunos reportes de casos de su presentación en mama. Se describe la

presentación en una localización poco común del dermatofibrosarcoma protuberans que puede ser confundido como un tumor propio de la glándula mamaria. **Presentación del caso:** mujer de 54 años con tumor de mama derecha de un año de evolución. Se toma biopsia por tru-cut con diagnóstico de dermatofibrosarcoma. Se lleva a mastectomía radical modificada. El tumor está formado por múltiples nódulos subcutáneos, confluentes, de hasta 5 cm de diámetro, que hacen prominencia hacia la piel. Es de color amarillo y de consistencia blanda. Histológicamente, está constituido por células fusiformes dispuestas en el típico patrón estoriforme y en la periferia rodea a pequeños o aislados adipocitos. No se encontraron metástasis linfáticas. El tumor es positivo para CD34. La mama es una de las raras localizaciones del dermatofibrosarcoma y debe hacerse el diagnóstico diferencial con un tumor propio de la glándula.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tumori 2008;94:861-3.
2. Breast Cancer Res Treat 2008;109(2):199-207.
3. Cancer Genet Cytogenet 2003;142(1):56-59.
4. Breast Cancer 1998;5(4):407-9.

Diagnóstico histológico de infección por citomegalovirus en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática que requirieron colectomía por enfermedad refractaria a esteroides y colitis fulminante

Braulio Martínez Benítez, Josue Barahona Garrido, Etual Espinosa Cárdenas, Félix Téllez Ávila, Enrique Coss Adame, Kazuo Yamamoto Furusho, Arturo Ángeles Ángeles

Antecedentes: los factores predisponentes para realizar colectomía en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática no se conocen por completo. Algunos de los factores relacionados con la necesidad de colectomía son el grado de actividad y pancolitis. La infección por citomegalovirus, se ha identificado como una de las causas de refractariedad a esteroides y necesidad de colectomía en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática. Sin embargo, el papel de la infección por citomegalovirus en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática aún es controvertida.

Objetivo: comparar la frecuencia de la infección por citomegalovirus en una cohorte de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática que requirieron colectomía por enfermedad refractaria a esteroides y en pacientes con colitis fulminante. **Material y método:** entre 1988 y 2008, realizamos revisión de los expedientes clínicos y especímenes de colectomía de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática. En los segmentos con mayor actividad se realizó estudio de inmunohistoquímica para citomegalovirus. Los hallazgos se compararon por medio de la prueba de χ^2 o exacta de Fisher. **Resultados:** se incluyeron 355 pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática: 192 (54%) con pancolitis y 163 (46%) con colitis limitada. La colectomía se realizó en 47 pacientes; seis pacientes se perdieron en el seguimiento. Se analizaron 41 pacientes: 18/41 (44%) con enfermedad activa refractaria a esteroides y 23/41 (56%) con colitis fulminante. En este grupo, 39 (95%) mostraron pancolitis y dos (5%) con colitis limitada, lo que demuestra que los pacientes con enfermedad difusa

tienen mayor riesgo de requerir tratamiento quirúrgico ($p < 0.001$). En el análisis histológico de la colectomía, se identificaron siete (17%) casos con inclusiones características de infección por citomegalovirus, que posteriormente se confirmaron por inmunohistoquímica: 5/18 (28%) en el grupo colitis ulcerosa crónica idiopática refractaria a esteroides y 2/23 (9%) en el grupo de la colitis fulminante. Se encontró que los pacientes con infección por citomegalovirus requirieron colectomía antes que aquellos sin la infección (4.2 vs 1.9 años después del diagnóstico; $p = 0.06$). **Conclusiones:** es importante identificar la infección por citomegalovirus en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática como causa de refractariedad a esteroides y necesidad de colectomía. Son necesarios más estudios para determinar la implicación clínica de la infección por citomegalovirus y el impacto de su tratamiento en el curso de la enfermedad refractaria a esteroides y colitis fulminante en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choquet A, Yamamoto-Furusho JK, Reyes E. Predictors of colectomy in patients with ulcerative colitis. A cohort analysis of 184 cases. Rev Invest Clin 2004;56:11-15.

Enfermedad de Castleman. Presentación clínico-patológica inusual y revisión de la literatura

Román Morales Sánchez, Roberto Morales Ramírez

La enfermedad de Castleman descrito por primera vez en 1956, es un proceso linfoproliferativo poco frecuente.

Existen dos variedades histológicas; hialino vascular y plasmocelular. La primera suele ser asintomática y se presenta en mediastino de forma localizada y la segunda se presenta con sintomatología sistémica y suele ser multicéntrica. Presentamos un caso de enfermedad de Castleman de tipo hialino vascular localizada en la región cervical por lo poco frecuente de esta localización y su presentación clínica.

Presentación del caso: masculino de dos años de edad sin antecedentes de importancia, asintomático, con crecimiento de conglomerado axilar izquierdo de crecimiento lento y progresivo de nueve meses de evolución. Los laboratoriales dentro de parámetros normales. La tele de tórax y la TAC resultaron normales. Se procedió a realizar biopsia por escisión. Se recibió conglomerado ganglionar izquierdo con múltiples nódulos de 0.5 a 2 cm (29), de color blanco gris, de consistencia firme. Los cortes histológicos de los ganglios mostraron hiperplasia folicular con una disposición concéntrica hialina vascular. La enfermedad de Castleman se presenta en jóvenes adultos y rara vez en niños, la localización más frecuente es mediastínica y abdominal, siendo rara la afectación cervical (10%). La forma histológica más frecuente es hialino vascular. En conclusión, podemos resaltar que la enfermedad de Castleman de tipo hialino vascular puede presentarse como una masa cervical que simula proceso linfoproliferativo de origen infeccioso o neoplásico, para lo cual es importante considerar a esta enfermedad como un diagnóstico diferencial desde el punto de vista clínico-patológico en la edad pediátrica. La escisión quirúrgica es curativa en esta variedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lightsey A, Thomas J, Marsh W. Castleman's disease in children. *J Pediatric Surg* 1986;21(8):678-82.
2. Smir BN, Greiner TC, Weisenburger DD. Multicentric angiofollicular lymph node hyperplasia in children: a clinicopathologic study of eight patients. *Mod Pathol* 1997;9:1135-42.

Complicación de enfermedad de Crohn en paciente pediátrico. Informe de un caso

César Godoy Valdés, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Cuauhtémoc Oros Ovalle, Lidia Montes Rivera, Jesús González Guzmán, Joel Rodríguez Llerenas, María Guadalupe Cruz Rubio, Francisco Israel Gaitán Gaona, Karla Quintero Meza, Rogelio Berber Román, Ixchel Anic Zaragoza Serna

Presentación del caso: masculino de 14 años que acudió a consulta por dolor abdominal intermitente durante siete meses de evolución, con alteración en el tránsito intestinal y pérdida ponderal significativa, multitratado con diagnósticos diversos, colonoscopia con diagnóstico de compresión extrínseca en sigmoides. Se realizó LAPE por "obstrucción intestinal". Se realizó colectomía total con resección distal de íleon. Ingresa a UTIP, donde fallece tres días posteriores a la intervención. Se presenta un caso de enfermedad de Crohn complicada en un paciente pediátrico. En patología se recibió producto de colectomía total y resección distal de íleon. Macroscópicamente se observaron múltiples estenosis y perforaciones (14) en todo el trayecto intestinal; los hallazgos histopatológicos correspondieron a enfermedad de Crohn. La enfermedad de Crohn en niños y adolescentes es una enfermedad des-

crita a partir de 1970. La incidencia es de 3 por cada 100,000; el 25% de los casos se presenta antes de los 18 años. El síntoma más común es dolor abdominal mientras que en los adultos es la diarrea, la historia familiar se presenta en 26-42% de los casos y estudios preliminares sugieren que factores genéticos pueden ser de mayor importancia para su desarrollo. Por estas causas el retraso en el diagnóstico es una característica común, ya que es más frecuente la sospecha de otras entidades clínicas. La complicación más frecuente es el retraso en el crecimiento y la enfermedad perianal; mientras que la perforación intestinal es una complicación rara, con una incidencia de 1-2%. El diagnóstico acucioso y tratamiento efectivo es esencial para un tratamiento ideal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walker-Smith JA. Chronic inflammatory bowel disease in children: a complex problem in management. *Postgrad Med J* 2000;76:469-72.
2. Suk CH, Posner GL, Bopai V. Colonic perforation in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1984;79(9):695-6.
3. Hyams J, Markowitz J, Otley A, Rosh J, et al. Evaluation of pediatric Crohn disease activity index: a prospective multicenter experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41(4):416-21.

Ependimoma con células en "anillo de sello". Reporte de un caso

Fabiola Elizabeth Rodríguez Ramírez, Teresa Cristina Cuesta Mejías, Edith Jaqueline Fajardo Amaro

El ependimoma es un tumor de crecimiento lento que aparece por lo general en niños y adultos jóvenes, originado de células ependimarias, principalmente del cuarto ventrícu-

lo. Corresponde histológicamente a grado II de la OMS. La variante histológica con células en “anillo de sello” es rara, sólo existen casos aislados reportados en la literatura. El principal diagnóstico diferencial es con un carcinoma metastásico. Se describe el caso de una paciente de edad avanzada con ependimoma con células en “anillo de sello” localizado en el cuarto ventrículo. **Presentación del caso:** mujer de 70 años con cefalea de un año de evolución. Clínicamente presenta datos de hipertensión endocraneal, mostrando por imagen un tumor sólido-quístico de 3 cm, dependiente aparentemente del cuerpo restiforme derecho y colapsando el cuarto ventrículo. Histológicamente, se observó proliferación de células con abundante citoplasma espumoso y núcleo excéntrico (en “anillo de sello”), con expresión de PAGF y PS100 y negatividad para CKAE1/3. El ependimoma con células en “anillo de sello” es una variante histológica poco conocida, de la que sólo se han reportado algunos casos. Su reconocimiento resulta trascendente para evitar confusión con carcinomas metastásicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, editors. WHO, Classification of tumours of the central nervous system. Lyon: IARC, 2007.
2. Pathol Res Pract 1999;195(12):853-8.
3. Ultrastruct Pathol 1994;18:43-46.

Esclerosis múltiple. Informe de un caso de autopsia

MA Rodríguez Florido, Erick Gómez Apo, Adelita Vizcaíno Villalobos, L Chávez Macías, JE Olvera Rabiela

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

La esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante multifocal del sistema nervioso central con episodios de disfunción neurológica. **Presentación del caso:** mujer de 55 años con historia de esclerosis múltiple variante Charcot. El padecimiento final se inició 23 días previos a su defunción, con alucinaciones visuales, desorientación y somnolencia, disminución de fuerza en ambas extremidades inferiores. Evolucionó con datos de bajo gasto y falleció.

Estudio neuropatológico: en el estudio neuropatológico, los nervios ópticos se encuentran adelgazados. En los cortes coronales se identificaron múltiples placas irregulares de gran tamaño en la sustancia blanca de los lóbulos frontales y parietales con afectación del brazo anterior de la cápsula interna y pérdida del parénquima. La médula espinal es atrófica en los segmentos cervical y torácico. En los lóbulos frontal y parietal, quiasma óptico, médula cervical y torácica se observan zonas de desmielinización, con presencia de macrófagos, gliosis y algunos manguillos perivasculares. La tinción luxol fast blue es negativa en dichas lesiones. **Discusión:** en los casos de larga evolución, las lesiones no son de la magnitud y tamaño como las que presenta este caso, con lesiones excavadas y de gran tamaño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rovaris M. MRI features of benign multiple sclerosis: toward a new definition of this disease phenotype. *Neurology* 2009;72(19):1693-701.

Reporte de dos casos importados de esquistosomiasis en México

Francisco Javier Llamas Gutiérrez,* Javier Baquera Heredia,** Víctor Alfonso Francolugo Vélez*

* Departamento de Patología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

** Departamento de Patología del Centro Médico ABC

La esquistosomiasis afecta a 207 millones de personas en África, Asia y América Latina. El principal agente vinculado en la esquistosomiasis urogenital es el tremátodo intravascular *S. haematobium*. Macroscópicamente, la lesión inicia como lesión polipoide que corresponde a una reacción granulomatosa rica en eosinófilos con evolución hacia la fibrosis. **Presentación de dos casos:** se revisó el expediente clínico y patológico de dos pacientes con diagnóstico de esquistosomiasis. Caso 1: hombre de 35 años, nacido en Angola, mexicano. Inicia hace un año con disuria, y hematuria. TAC demostró calcificación en la pared posterior de la vejiga. La biopsia muestra abundantes huevecillos calcificados en un fondo de inflamación crónica leve y fibrosis. Se diagnosticó esquistosomiasis (01/09). Recibió monodosis de prazicuantel (40 mg/kg). Estudios control del 04/09 continúan positivos. Paciente sintomático. Caso 2: hombre de 24 años, nacido en Nigeria, estudiante en Morelos. Presentó hematuria de un año de evolución, se realizó UROTAC (10/08) demostrando pólipos vesicales. La cistoscopia reveló pólipos sésiles y pediculados, irregulares, ocreos. La biopsia mostró abundantes huevecillos y ocasionales miracidios en un fondo de inflama-

ción granulomatosa intensa, rica en eosinófilos con metaplasia escamosa. Se inició el mismo tratamiento. Estudios control del 03/09, negativos. Paciente asintomático. La patología de la esquistosomiasis urogenital es bien conocida en países endémicos; sin embargo, debido al incremento en la importación de casos y a la expansión del hábitat del huésped intermedio, nos parece importante divulgar la patología de esta infección poco frecuente en México. Se reporta asimismo un caso de falla al tratamiento estándar, en un medio sin posibilidad de reinfección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secor WE. Immunology of human schistosomiasis: off the beaten path. *Parasite Immunol* 2005;27:309-16.
2. J. Morales-Montor J, Hall CA. The host-parasite neuroimmunoendocrine network in schistosomiasis: consequences to the host and the parasite. *Parasite Immunol* 2007;29:599-608.
3. King CH, Dangerfield-Cha M. The unacknowledged impact of chronic schistosomiasis. *Chronic Illn* 2008;4:65-79.
4. Tallo VL, Carabin H, Alday PP, Balolong E Jr, et al. Is mass treatment the appropriate schistosomiasis elimination strategy? *Bull World Health Organ* 2008;86(10):765-71.
5. Alonso D, Muñoz J, Gascón J, Valls ME, Corachan M. Failure of standard treatment with praziquantel in two returned travelers with schistosoma haematobium infection. *Am J Trop Med Hyg* 2006;74(2):342-4.

Estenosis congénita laríngea subglótica cartilaginosa grado III (Cotton y Myer) en asociación con síndrome de Prune-Belly

Ana Graciela Puebla Mora, José Román Corona Rivera, Luis Raúl Chavira Guerrero

OPD, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara

La estenosis laríngea subglótica es la tercera causa más frecuente de obstrucción laríngea congénita. Se asocia a paladar hendido, ano no perforado y fístulas traqueobronquiales. Entre las teorías de su origen, se apoya la falta de canalización del lumen subglótico hacia el tercer mes de gestación. Histológicamente se clasifican en: estenosis cartilaginosa (congénita) y estenosis de tejidos blandos (adquirida). Clínicamente se presenta como dificultad respiratoria, según el grado de obstrucción. No se ha reportado asociación con síndrome de Prune-Belly. Por su rareza, se presenta el caso. **Presentación del caso:** masculino de 34 semanas de gestación, producto de tercera gestación. Antecedentes gestacionales: madre de 28 años, curso con anemia e infección de vías urinarias en el cuarto mes. Control prenatal adecuado. Por ultrasonido se diagnosticó ascitis en el producto, se desconoce fecha de esto. Se obtuvo por cesárea, presentación cefálica, Apgar 5/3, presentó dificultad respiratoria, sin responder a reanimación cardiopulmonar. Se solicitó autopsia. **Hallazgos de autopsia:** cadáver con frente amplia, pabellones auriculares de implantación baja, cefalohematoma témporo-parietal, coloboma en hélix izquierdo, abdomen prominente y en "ciruela pasa", con ausencia de rectos abdominales, criptorquidia bilateral, arteria umbilical única, vejiga urinaria elongada, dilatación uretral, sin otras alteraciones renales; resto de órganos en morfología y situación anatómica habitual. La laringe tiene pérdida de la luz en

99%, a nivel del cartílago cricoides. Microscópicamente se encontró la vía aérea rechazada posterior por tejido cartilaginoso. La causa de muerte fue asfixia neonatal secundaria a estenosis congénita laríngea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección URL: <medassocthai.org/journal/files/Vol87_No7_800.pdf>. [Consulta: 28 julio 2009].
2. Dirección URL: <www.utmb.edu/otoref/.../Subglottic.../Subglot-Sten-021113.p.pdf>. [Consulta: 27 julio 2009].
3. Duran-Padilla M, Solís-Solís V. Convergencia de los síndromes VACTER-H y Prune Belly. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2000;63(3):196-9.
4. Durán-Padilla M, Rivero de Jesús V, Macías-Jiménez B. La variante letal del síndrome Prune Belly. Informe de dos casos. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1999;62(3).
5. Bath AP, Panarese A, Thevasagayam M, Bull PD. Paediatric subglottic stenosis. *Clinical Otolaryngol* 1999;24(2):117-21.
6. Walner DL, et al. Neonatal subglottic stenosis-incidence and trends. *Laryngoscope* 2001;111(1):48-51.
7. Bogart MM, Arnold HE, Greer KE. Prune-belly syndrome in two children and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2006;23(4):342-5.

Feocromocitoma bilateral en el embarazo: reporte de un caso de autopsia y revisión de la literatura

Ligia Larralde Contreras, Judith García Colunga, Itzel Reyes de la Garza, Yuridia Álvaro Bernal, Arnulfo González Cantú, Leonardo Mancillas Adame, Oralía Barboza Quintana, Jesús Ancer Rodríguez, Luis Ángel Ceceñas Falcón

Se han documentado 41 casos en la literatura mundial de feocromocitoma asociado con el embarazo. Se asocian con mortalidad materna en 4% de los

casos, o con pérdida fetal en 11%, con ocho casos reportados en la literatura. El feocromocitoma que se ha llamado el tumor de 10%. Aproximadamente 10% son bilaterales, 10% son extra-adrenal, 10% ocurren en niños y 10% son malignos. Se describe un caso de feocromocitoma bilateral en una paciente embarazada y revisión de la literatura. Se recabaron los datos clínicos, ultrasonido abdominal, examen macroscópico, así como revisión de la literatura. **Presentación del caso:** femenina de 39 años de edad, con un embarazo de 15 semanas de gestación que inicia con cefalea, náusea, vómito tres semanas previas a su ingreso. Con crisis hipertensivas de 160 y diastólicas de 120. Se realizó ultrasonido de abdomen y se encontraron dos tumoraciones retroperitoneales localizadas topográficamente en la región de glándulas suprarrenales. Refirió pérdida de 18 kg en tres meses, fiebre no cuantificada, astenia, adinamia. Presentó taquicardias supraventriculares y dificultad para la oxigenación sin mejoría clínica, se diagnosticó muerte fetal, a los dos días presentó nuevamente taquicardia ventricular y muerte. El feocromocitoma es una neoplasia de células cromafines que secretan catecolaminas derivado de la médula suprarrenal. Tienen una medida que varía de 2 a 10 cm y un peso entre 50 y 100 g. Generalmente son solitarios, unilaterales, encapsulados, sólidos, firmes, que a la sección aparecen como una masa gris blanquecina, brillante o rojo oscuro. Algunos tienen áreas de hemorragia o degeneración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wijeyaratne CN, Sherifdeen AH, Seneviratne HR. Bilateral pheochromocytoma during pregnancy. Ceylon Med J 2001;46(1):24-26.

2. Tewari KS, Steiger RM, Lam ML, Rutgers JK, et al. Bilateral pheochromocytoma in pregnancy heralding multiple endocrine neoplasia syndrome IIA. A case report. J Reprod Med 2001;46(4):385-8.

Fibrosarcoma (del adulto) de la mandíbula en masculino de 18 años, presentación de un caso y revisión de la literatura

José Antonio Matute Briceño, Eduardo González Murillo, Ángel Zavala Pompa, Miguel Ángel Ortiz Martínez

El fibrosarcoma es un tumor mesenquimatoso, considerado de exclusión y raramente afecta la cavidad oral, regularmente en pacientes después de los 50 años de edad, con antecedente de radioterapia local, existen dos formas de presentación juvenil o del adulto. Son neoplasias generalmente agresivas con una mortalidad de 20-30% a los cinco años, pero con un comportamiento más indolente cuando se localiza en la mandíbula. Se presenta un caso de esta rara entidad, se determinó su patrón inmunohistoquímico y seguimiento del caso.

Presentación del caso: masculino de 18 años, su padecimiento inició con dolor submandibular izquierdo de un año de evolución con tratamiento sintomático. Los estudios de imagen revelan lesión quística sin aparente afectación ósea, se realizó una biopsia con diagnóstico de histiocitoma fibroso maligno; se realizó resección amplia con colocación de prótesis y diagnóstico definitivo de fibrosarcoma de bajo grado de malignidad con extensión a tejido óseo circundante, se realizó un amplio panel de inmunohistoquímica, que fue positivo

vimentina y fibronectina. El paciente, a dos años de su cirugía, sin recaída aparente. El fibrosarcoma de cavidad oral es una rara entidad y más con esta presentación, debe tomarse como diagnóstico diferencial aun en pacientes jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Angiero F, Rizzuti T, Crippa R, Stefani M. Fibrosarcoma de la mandíbula: dos casos de tumor primario con crecimiento intraóseo. Anticancer Res 2007;27:2573-81.

Fibrosarcoma de tipo infantil de 15 cm en miembro pélvico en recién nacido

Ezequiel Vélez Gómez MA, Martha Laura García Valdez

Se reportó por primera vez por Stout 1962, la primera casuística importante la reportaron Chung y Enzinger, en 1976, lo que da soporte a una entidad distinta. Sus sinónimos: fibrosarcoma congénito, congénito infantil, juvenil y fibromatosis medular de la infancia, infantil agresiva. Es una neoplasia congénita, altamente vascularizada, que puede ser asociada con coagulopatías y hemorragia, asociada con el fenómeno Kasabach-Merritt, (una coagulopatía de atrapamiento plaquetario). El 12% de los tumores fibroblásticos-miofibroblásticos de la infancia y adolescencia. Masa de 1 a 20 cm en tejidos blandos, evidente al primer año de edad, principalmente en el sexo masculino, puede presentar úlceras o hemorragia, anemia y trombocitopenia. Regresión espontánea (documentada). Su principal localización es en extremidades inferiores (67%). Sus variantes histológicas son: patrón tipo heman-

giopericitoma y patrón compuesto (miofibromatosis, hemangiopericitoma). Sus principales diagnósticos diferenciales son: lesiones miofibroblásticas, hemangioendotelio kaposiforme, malformaciones linfáticas y linfático-venosas, hemangioma y clínicamente al xantogranuloma juvenil. Las mutaciones genéticas que se han relacionado son translocación (12;15)(p13;q25), también se ha relacionado con la misma mutación del nefroma mesoblástico congénito en el gen ETV6-NTRK3. **Presentación del caso:** presentamos el caso de un paciente de ocho días de edad, que presentó desde el nacimiento un tumor en miembro pélvico derecho muy vascularizado y de fácil sangrado. Se recibe para su estudio, producto de desarticulación de miembro pélvico derecho, con lesión en cara interna de 15 cm de diámetro mayor, de superficie externa congestiva, que al corte presentó una superficie multiquística con colección de material hemático, y áreas sólidas carnosas congestivas. Microscópicamente se trata una lesión de células fusiformes, homogéneas, en corrientes largas, con aislados linfocitos, hialinización intersticial y áreas de patrón vascular prominente, de vasos ramificados, complejos, con variación en el calibre, patrón tipo hemangiopericitoma con endotelio plano y luces congestivas. Las reacciones de inmunohistoquímica fueron: vimentina (+), AML (-), PS-100 (-), mioglobina (-). Se concluyó como un fibrosarcoma tipo infantil de cara interna de miembro pélvico derecho.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plast and Reconstr Surg 1117:81e,200.

2. Pediatric Dermatology 2006;23(4):330-4.
3. Soft tissue tumors. Enzinger & Weiss's, pp:280-2.
4. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone. Christopher DM, pp:98.
5. Pathology International 2002; 52(9):612-8.

Ganglioglioma de la región témporo-parietal

Ma. de Lourdes Sánchez Martínez, Gerónimo Martín Tavares Macías
Servicio de Anatomía Patológica del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, OPD Dr. Juan I Menchaca

El ganglioglioma fue descrito por Perkins, en 1926, como un tipo de neoplasia intracraneal compuesta por células ganglionares en combinación con células gliales neoplásicas, comúnmente astrocitos fibrilares y pilocíticos, con predominio del componente glial. Representan sólo 0.4 a 4% de los tumores cerebrales.

Presentación del caso: presentamos el caso de un hombre de 41 años de edad que había presentado en octubre de 2008 crisis convulsivas tónico derechos y cefalea acompañado de vómitos, parestesias de brazo y pierna izquierda. La tomografía axial computarizada reportó masa extensa en región témporo-parietal sugestivas de astrocitoma vs glioblastoma multiforme, edema, compresión ventricular y herniación. El paciente falleció en noviembre de 2008. Se recibió tejido multifragmentado que en conjunto mide 8 x 8 cm, son de forma irregular de color marrón oscuro brillante, consistencia friable que a los cortes histológicos muestran fondo fibrilar con presencia de astrocitos, cuerpos eosinófilos granulares y células ganglionares maduras, ausencia de

mitosis y necrosis. El ganglioglioma es más frecuente en la tercera década de la vida nuestro caso correspondió a un paciente de la quinta década de la vida, usualmente se presenta con síndrome convulsivo similar a la presentación clínica de nuestro caso, es considerado grado I por la OMS. Puede ocurrir en cualquier sitio del neuroeje, predominando en el lóbulo temporal el sitio más frecuente, seguido de los lóbulos parietales como la ubicación en nuestro caso (témporo-parietal) y frontales. Radiográficamente y con estudios de TAC muestran tumor circunscrito con lesiones quísticas, sólidas o calcificaciones, algunos de ellos se asocian con displasia cortical en la vecindad del tumor. Histológicamente, compuesto por células ganglionares y componente glial con predominio de este último; en nuestro caso, el componente glial muestra imagen de un astrocitoma de bajo grado. Las células ganglionares son pleomórficas y de distribución anormal, las neuronas binucleadas son comunes y útiles para el diagnóstico. Se encuentran también cuerpos granulares eosinófilos e inflamación de predominio linfocítico perivascular focal. Son raras las mitosis, necrosis y la hemorragia. Por ME e inmunohistoquímica los gangliogliomas muestran diferenciación glial y neuronal, siendo positivos para sinaptofisina o proteína de neurofilamentos, o ambos. El CD34 es negativo en las células neuronales del adulto siendo positivo en los gangliogliomas hasta en 70-80%. La Proteína ácido glial fibrilar es positiva en los componentes gliales del ganglioglioma. El pronóstico es favorable si predomina en los lóbulos temporales, con una sobrevida a los

siete años de 94%. El tratamiento es resección quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Principles and practice of surgical pathology and cytopathology. 4th ed. 2006;pp:2374-6.
2. WHO Classification of tumours of the central nervous system, pp:103-5.
3. Gurkanlar D, Kocak H, Yucel E, Aciduman A, et al. Ganglioglioma with lytic skull lesions. *Neurosurgery* 2007;18:123-7.
4. Bradley JP, Kure K, Kawamoto HK. Bitemporal ganglioglioma: surgical management of an unusual intracranial and extracranial tumor. *Plastic Reconstruct Surg* 2003;111:2328-32.
5. *Neurosurgery* 2008;63:976-80.
6. *Neurosurgery* 2002;50(5).

Ganglioneuroblastoma torácico, con maduración. Informe de un caso

Erick Gómez Apo, Marco Rodríguez Florido, José Luis Navarro Olvera, Álvaro Rivera Arroyo, Leonora Chávez Mercado, Ernesto Carrera González, Mario Murguía Pérez, Adrián López-Vera, Erick Ludwig González-Mena, Laura Chávez-Macías, Juan E Olvera-Rabiela

Los tumores de células ganglionares son raros en sistema nervioso central y más raros extracranianos. Se presentan en adolescentes y adultos jóvenes en hemisferios cerebrales, piso del tercer ventrículo, tallo cerebral y cerebelo; en la médula espinal son raros. El ganglioneuroblastoma se compone de células ganglionares y neuroblastos. Las lesiones con estroma no neoplásico son llamadas ganglioneuromas o gangliocitomas, si contienen astrocitos neoplásicos son llamados gangliogliomas. **Presentación del caso:** niña de siete años con disminución progresiva de la fuerza

muscular, se efectuó el diagnóstico de compresión medular; en la resonancia magnética se identificó una lesión en mediastino posterior, con infiltración de nervios raquídeos T1 y T2 izquierdos. Se efectuó biopsia por aspiración con aguda delgada, con diagnóstico citopatológico de ganglioneuroblastoma. Debido a la alta vascularidad del tumor se inició tratamiento con cisplatino, vincristina y ciclofosfamida, después se agregaron adriamicina y carboplatino. No hubo reducción en el tamaño de la neoplasia. A los siete años y cinco meses se efectuó laminectomía T1- T3 y hemilaminectomía C7 izquierda con resección parcial de la neoplasia. 15 días después se practicó una cirugía conjunta, el primer de cirugía cardiotorácica identificó una lesión mediastinal de 10 x 8 cm, pediculada hacia el opérculo torácico en T1 y adherida a la parrilla costal, se resecó el 100% del tumor mediastinal; el equipo de neurocirugía resecó parcialmente el tumor en conducto raquídeo torácico. En el espécimen obtenido de ambas cirugías se identificó escaso componente inmaduro del ganglioneuroblastoma y extensas áreas de maduración de ganglioneuroma. El tratamiento de elección del ganglioneuroblastoma es la resección quirúrgica y en neoplasia residual se continúa con radioterapia; en el presente caso se inició con quimioterapia debido a la gran vascularidad, sin haber mejoría clínica, tras la resección tumoral se identificó una neoplasia con características de maduración y con escasas áreas primitivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK, editors. WHO Clas-

sification of tumours of the central nervous system.

2. Sibilla L, Martelli A, Farina L, et al. Ganglioneuroblastoma of the spinal cord. *AJNR* 1995;16:875-7.
3. Sanal M, Meister B, Kreczy A, et al. Intrathoracic ganglioneuroma and ganglioneuroblastoma: report of four cases. *Eur Surg* 2005;37(5):317-20.
4. Rha SE, Byun JY, Jung SE, Chun HJ, et al. Neurogenic tumors in the abdomen: tumor types and imaging characteristics. *Radiographics* 2003;23:29-43.

Reporte de caso: ganglioneuroma mediastinal

Reyes, Parada

Es un tumor raro benigno, bien diferenciado y de lento crecimiento del sistema nervioso periférico; el cual se origina de la cresta neural simpática, la cual comprende células indiferenciadas del sistema nervioso simpático. Se presenta uno por cada 100,000 niños, con más frecuencia en el sexo femenino, con una media de siete años de edad; el 40% se presenta en mediastino posterior. Histopatológicamente está constituido por células ganglionares maduras, células de Schwann, tejido fibroso y calcificaciones. **Presentación del caso:** femenina de cuatro años con tumoración en mediastino posterior. Se revisó la laminilla con tejido enviado. Descripción microscópica: tejido alargado, tumor encapsulado, firme, blanco grisáceo y aspecto homogéneo al corte. Descripción microscópica: compuesto por células fusiformes que recuerdan al neurofibroma pero con numerosas células ganglionares. Los tumores en maduración están compuestos por: neuroblastos en diferenciación, células ganglionares y neurópilo. Los tumores maduros están compuestos por hojas o sabanas

de células de Schwann entremezcladas con nidos de células ganglionares en maduración en un fondo mixoide. Extirpación quirúrgica de la lesión. Con reporte histopatológico de ganglioneuroma mediastinal. La mayoría de los ganglioneuromas son incidentales, presentan un buen pronóstico dado su comportamiento benigno, aunque esta descrita la transformación maligna. El diagnóstico inmunohistoquímico se expresa en enolasa neuronal específica, cromogranina y proteína S-100.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neumosur 2000;11(4):40-44.
2. Actas Urológicas Españolas 2008;32(5):567-70.

Gaucheroma pélvico que simulaba tumor ovárico. Presentación de un caso inusual de enfermedad de Gaucher

Cruz Marina Figueroa Córdova, Reynaldo Falcón Escobedo

La enfermedad de Gaucher es una enfermedad autosómica recesiva, producto mutaciones en el gen 1q21, deficiencia de la enzima β -glucosidasa ácida o cerebrosidasa y acumulación secundaria de glucosilceramida y otros esfingolípidos afines en el sistema fagocítico-mononuclear. Hay tres tipos: tipo 1: dolor abdominal, hepatoesplenomegalia, anemia, leucopenia y trombocitopenia, deformidades en fémur distal, fracturas patológicas. Los tipos 2 y 3 tienen manifestaciones neurológicas diversas, osteoporosis y piel marrón amarillenta. **Presentación del caso:** mujer de 27 años, inició tres meses antes con ascitis, paracentesis de 10 litros con citología negativa.

TAC: engrosamiento pleural derecho, ascitis, hepatoesplenomegalia y masa abdominal de 25 x 16 cm otra en anexo izquierdo e implantes peritoneales múltiples. Las biopsias designadas como de tumor ovárico mostraron células claras, citoplasma grumoso, con material tenuemente basófilo, sin atipia nuclear ni mitosis, agrupadas en lóbulos divididos por septos conectivos. La inmunohistoquímica mostró negatividad a CK AE1/AE3, EMA, CD10 y CA 125 y positividad a CD68 y a vimentina.

Discusión: ulteriormente se descubrió que la paciente tenía diagnóstico de enfermedad de Gaucher desde los siete años; fracturas múltiples y deformidades óseas. Un hermano tenía cuadro similar. El estudio enzimático no fue concluyente y un aspirado de médula ósea mostró células de Gaucher en ambos pacientes. La presentación clínica en esta paciente es muy inusual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen M, Wang J. Gaucher disease. Review of the literature. Arch Pathol Lab Med 2008;132:851.

Ginandroblastoma de ovario encontrado como un hallazgo transcesárea. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Gabriela Sofía Gómez Macías, Oralia Barboza Quintana

El ginandroblastoma es un tumor de los cordones sexuales extremadamente raro, caracterizados por células de Sertoli o Leydig y células de la granulosa. **Presentación del caso:** se describe un ginandroblastoma ovárico encontrado como hallazgo durante la realización de cesárea. Sólo había un caso repor-

tado en la literatura mundial en una mujer embarazada. Las secciones realizadas fueron procesadas en parafina y teñidas con hematoxilina y eosina. Las tinciones de inmunohistoquímica fueron realizadas con anticuerpos monoclonales a base de citoqueratina, inhibina y B-catenina con técnica cualitativa de estreptoavidina biótina. El principal componente fue células de la granulosa con patrón microfoliolar y algunas áreas con patrón macrofoliolar. En más de 10% del tumor se encontraron células de Sertoli bien diferenciadas formando tubos rodeados por un delicado estroma fibroso, se encontraron agrupamientos de células de Leydig. La citoqueratina fue positiva en las células de Sertoli. La B-catenina fue positiva en las células de Sertoli y débilmente positivas en las células de la granulosa, y la inhibina fue fuertemente positiva en las células de la granulosa, y negativas en las áreas de Sertoli-Leydig. Lo cual sustenta el diagnóstico de tumor de los cordones sexuales mixto. En la mayoría de los tumores estromales de los cordones sexuales son de bajo grado de malignidad. El caso presentado tiene importancia estadística como el segundo caso reportado de ginandroblastoma en una paciente embarazada, la cual se encuentra en estadio I de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kalir T, Friedman F Jr. Gynandroblastoma in pregnancy. Mt Sinai J Med 1998;65:292-5.
2. Zhang Sheng-Quan. Gynandroblastoma of ovary: a case report. Chin Med J 1991;104(1):75-77.
3. Yamada Y, Ohmi K, Tsunematsu R, Yokota H, et al. Gynandroblastoma of the ovary having a typical morphological appearance: a case study. Jpn J Clin Oncol 1991;21:62-68.

Tumores del estroma gastrointestinal, revisión de 15 años en el Hospital General Dr. Miguel Silva de la SSA

L Villagrán, RM Silva, JA Villagrán

Antecedentes: los tumores del estroma gastrointestinal son un grupo heterogéneo de neoplasias mesenquimatosas del tubo digestivo poco comunes. Con el advenimiento de la inmunohistoquímica y estudios moleculares, existe evidencia de que estos tumores derivan de las células intersticiales de Cajal. Los GIST presentan mutaciones activadas del proto-oncogen del receptor tirosina-cinasa, C-Kit, o del factor de crecimiento derivado de las plaquetas alfa (PDGFR), estos blancos moleculares son inhibidos por un fármaco utilizado en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica. **Objetivo:** conocer el número de casos de tumores del estroma gastrointestinal de 1993 a 2008. Conocer de cada uno edad, sexo, segmento del tubo digestivo afectado, síntomas y signos, características histopatológicas, tratamiento y sobrevida. **Material y método:** estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. **Resultados:** se encontraron 42 casos de GIST, 24 mujeres, 18 hombres, edad promedio 55 años. Los segmentos afectados fueron 19 en el intestino delgado, estómago 13, seis en colon, peritoneo tres y uno en esófago. Las características histopatológicas de los tumores fueron semejantes a los descritos en la literatura.

Hemangioendotelioma epiteliode cutáneo. Reporte de dos casos

Fabiola Elizabeth Rodríguez Ramírez, Áxel Ramírez Varela, Jorge

Eduardo del Bosque Méndez, Carlos Gutiérrez Ángeles

El hemangioendotelioma epiteliode 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 pequeño o mediano calibre. La localización exclusivamente cutánea es rara. Los tumores mayores de 3 cm y con más de 3 mitosis/50 HPF tienen peor pronóstico, con metástasis y sobrevida corta, por tanto, es considerado por algunos autores como un angiosarcoma de bajo grado. Se describen dos casos infrecuentes de hemangioendotelioma epiteliode cutáneo. **Presentación de dos casos:** caso 1: mujer de 42 años con tumor en la rodilla de dos años de evolución, asintomática. Clínicamente con lesión de 5 cm, blanda, móvil. Se realizó escisión. Caso 2: mujer de 55 años con lesión en dorso nasal de dos meses de evolución, asintomática. Clínicamente con nódulo de 3 cm, violáceo, de bordes definidos, liso, ahulado. Se realizó biopsia por incisión y posteriormente rinectomía total. Se identificó proliferación de células endoteliales epitelioides formando cordones y nidos dentro de un fondo mixohialino. Estas células presentaron luces intracitoplasmáticas con eritrocitos en su interior. El caso 2 presentó mayor celularidad, atipia y más de 3 mitosis/50 HPF. Ambos resultaron positivos a *Ulex europeus*, CD34 y CD31. El hemangioendotelioma epiteliode 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 la piel, al parecer la evolución tiende a ser más favorable. Sin embargo, se debe hacer seguimiento del paciente y tener presente la evolución de la metástasis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am J Surg Pathol 2008;32:924-7.
2. J Cutan Pathol 2008;35:80-82.
3. Actas Dermosifiliogr 2005;96:386-91.
4. Eur J Dermatol 1999;9:487-90.
5. Am J Dermatopathol 1998;20:541-6.
6. Am J Surg Pathol 1997;21:363-74.

Hemangioendotelioma kaposiforme mediastinal

Olga Sayuri Rivera Lozano, Oralía Barboza Quintana, Jesús Áncer Rodríguez, Marco Antonio Ponce Camacho

El término de hemangioendotelioma kaposiforme se introdujo en 1993, por Zukerberg, para definir lesiones en niños que semejan hemangioma juvenil con diferencias importantes. Por lo cual fue descrito como “hemangioma con características *sarcoma like*” y “hemangioendotelioma infantil, *Kaposi like*”. El hemangioendotelioma kaposiforme no tiene tendencia a la involución espontánea y se asocia con síndrome de Kasabach-Merrit. Los pacientes son menores de dos años y algunos son de presentación congénita; sin embargo, hay casos reportados en adultos. No hay predilección por sexo, las localizaciones más frecuentes son: las extremidades en primer lugar y la cabeza y el cuello como segundo. **Presentación del caso:** se presenta un caso de autopsia del Hospital Universitario de la UANL, de una femenina de

nueve meses, con mácula purpúrica en la cara anterior del cuello y con antecedente de secuestro plaquetario; así como revisión de la literatura. Laminillas montadas y teñidas con hematoxilina-eosina, obtenidas del muestreo de tejidos de la autopsia realizada en el Hospital Universitario de la UANL. Dicho tejido fue fijado en formalina al 10%, embebidas en parafina y se obtuvieron secciones de 5 µm de espesor y se realizaron inmunotinciones. Utilizamos anticuerpos anti CD34 y HHV8 y fueron revelados con 3,3'-diaminobencidina tetrahidroclorada. El hemangioendotelio kaposiforme infiltra timo, aorta, tejidos blandos peritraqueales, lengua y ganglio linfático traqueobronqueal; es una lesión compuesta por lóbulos grandes e infiltrantes de células fusocelulares con capilares y bandas fibrosas que los separan, las cuales pueden estar agrupadas en forma compacta o laxa. Las células pueden contener gránulos de hemosiderina, glóbulos hialinos y siempre con citoplasma vacuolado. El infiltrado inflamatorio es disperso. Atipia nuclear y actividad mitótica pueden estar presentes. Las células tumorales son positivas para CD34 y negativo para HHV8. Los hallazgos macroscópicos y microscópicos de nuestro caso son similares con lo descrito en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lyons L, North P. Kaposiform hemangioendothelioma, Am J Surg Pathol 2004;28:559-68.
2. North PE. Vascular tumors and malformations of infancy and childhood. Pathology Case Review 2008;13:213-35.
3. Potter. Pathology of the fetus, infant and child. Vol. 2. 2nd ed. Mosby. 2008;pp:1712-3.

4. Fletcher Christopher. Diagnostic histopathology of tumors. Vol. 1. 3rd ed. Elsevier. 2008;pp:56.

Hemangiomas con afectación de sistema nervioso central

C Sánchez Lara, FE de la Torre, R Valenzuela, A Navarro, R Rodríguez

La mayor parte de las lesiones vasculares ocupativas en sistema nervioso central corresponden a malformaciones arteriovenosas. Otras neoformaciones relacionadas son los hemangioblastomas, hemangiopericitomas, meningiomas angiomasos y angiosarcomas. Los hemangiomas verdaderos son lesiones poco comunes y se han descrito en forma ocasional en huesos craneales o vertebrales, meninges y tejido nervioso. Independientemente de su origen, pueden provocar manifestaciones neurológicas como convulsiones, cefalea o datos de compresión medular o de raíces nerviosas. Dada su rareza, presentamos dos casos de tumores vasculares benignos cuya manifestación principal fue neurológica. **Presentación de dos casos:** caso 1. Mujer de 45 años sin antecedentes de importancia para su padecimiento, el cual inició dos meses previos a su ingreso con cefalea pulsátil de predominio frontal, de moderada intensidad, así como náusea llegando al vómito. TAC: imagen hiperdensa heterogénea de 2 x 1.5 x 1.5 cm en región temporal derecha y línea media con edema perilesional. El estudio histológico reveló un tumor bien delimitado formado por vasos de tamaño variable, sin tejido nervioso interpuesto. El diagnóstico fue hemangioma. Caso 2: mujer de 70 años sin antecedentes de importancia para su padecimiento, el cual

inició 10 meses previos a su ingreso con pérdida de la fuerza y disminución de la sensibilidad de miembros inferiores de manera progresiva. Se agregó pérdida de control de esfínteres y dolor de rodillas. Resonancia magnética: lesión a nivel de T3 que afectaba la lámina derecha, cuerpo vertebral, espacio paravertebral de tejidos blandos de lado derecho y que protruí hacia cavidad torácica y canal medular en 50%. Al estudio histológico se observó igualmente una neoplasia formada por vasos sanguíneos que se mezclaba con el tejido óseo y los tejidos blandos. El diagnóstico fue hemangioma vertebral. Los hemangiomas cerebrales representan aproximadamente 1% de las lesiones vasculares intracraneales y 15% de las malformaciones vasculares, con una prevalencia de 0.3 a 0.9%, son más frecuentes entre los 20 y 40 años. Los lóbulos más afectados son el frontal y el temporal. Los hemangiomas vertebrales tienen una incidencia de 11% en la población general. Habitualmente afectan sólo un cuerpo vertebral. De 0.9 a 1.2% son sintomáticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jacobsen, JC. Brain cavernous angioma. eMedicine Specialties, Radiology, Brain/Spine. Dirección URL: <<http://emedicine.medscape.com/>>. [Consulta: mayo 2009].
2. Carrillo R. Hemangiomas vertebrales múltiples. Gac Med Mex 2002;138(4):376-8.
3. Burger, PC. Vertebral hemangioma. Surgical pathology of the nervous system and its coverings. Churchill Livingstone. 2002;pp:509.

Hemangiopericitoma meníngeo, presentación de un caso

Ezequiel Vélez Gómez, Felipe de Jesús Bustos Rodríguez

El hemangiopericitoma meníngeo es un tumor hipervascular infrecuente que se origina de las células fusiformes pericapilares pericitos de Zimmerman. Desde 1993, la clasificación de tumores del sistema nervioso de la World Health Organization (WHO) lo reconoce como un tumor de estirpe mesenquimal no meningotelial que constituye una entidad patológica desligada de los meningiomas. Es un tumor de comportamiento agresivo, que representa aproximadamente de 1.5 a 3% de los tumores meníngeos. Predominan en varones y debutan en la cuarta y quinta décadas de la vida. El síntoma de presentación más habitual es la cefalea. Típicamente aparecen como lesiones hiperdensas en TAC e isointensas en resonancia magnética respecto a la corteza cerebral, que realzan intensa y heterogéneamente tras la administración de contraste, poniendo de manifiesto la importante vascularización que presentan. El diagnóstico se caracteriza por ser altamente celular, compuesto por células fusiformes con núcleos redondos u ovoides, sin nucléolos prominentes ni cromatina condensada y con escaso citoplasma. El índice mitótico es variable. El estudio inmunohistoquímico es definitivo, mostrando los hemangiopericitomas con marcadores únicamente mesenquimales (vimentina positivo, EMA negativo y puede tener positividad factor XIIIa y LEU-7) a diferencia de los meningiomas, que muestran marcadores mesenquimales y epiteliales. El tratamiento de elección es su resección quirúrgica completa,

siempre que sea técnicamente posible. El pronóstico de la enfermedad viene marcado por la tendencia a recurrir y a metastatizar la tasa de supervivencia absoluta a los 10 años es de 40%. **Presentación del caso:** masculino de 74 años de edad, con lesión remitida como de región supra e infratentorial izquierda, recibiendo-se varios fragmentos de tejido que, en conjunto, tienen una dimensión total de 6 x 4 cm y un peso total de 15 g, con una superficie irregular, de coloración marrón claro con aéreas grisáceas y consistencia blanda, al corte superficie lisa de color grisáceo. Histológicamente mostró una lesión hipervascular, con alta celularidad fusiforme con pleomorfismo leve y un índice mitótico bajo (5 mitosis por 10 campos de alto poder). Con estudios de histoquímica retículo de Gomori con patrón vascular arborescente en astas de ciervo, y tricómico de Masson con poca colágena tiñendo los citoplasma de la células de rojo, la inmunohistoquímica vimentina positiva en citoplasma, CD 34 positivo en citoplasma en focos y EMA negativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez-González R, Boto GR. Hemangiopericitoma de la fosa posterior. Neurocirugía. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. 2008;19:446-52.
2. Fuller GN, Scheithauer BW. The 2007 World Health Organization (WHO) classification of tumours of the central nervous system.
3. Begg CF, Garret R. Hemangiopericytoma occurring in the meninges. Cancer 1954;7:602-6.

Hibernoma orbital derecho en pediátrico de ocho meses. Reporte de un caso y revisión de la literatura

María Elena Rosales Gradilla, Eder Javier Martínez González, Rebeca Jiménez Herrera

El hibernoma es un tumor benigno constituido por grasa parda, que como entidad es extremadamente rara; siendo la localización en órbita aún más excepcional. Hasta el 2008, sólo había un caso reportado en la literatura de localización orbitaria a nivel mundial. **Presentación del caso:** se describe el caso que corresponde a un paciente femenino pediátrico de ocho meses de edad, producto de la primera gestación, control prenatal adecuado, embarazo normoevolutivo. Quien presenta proptosis derecha con limitación de la abducción. El material remitido corresponde a múltiples fragmentos de tejido los cuales se encontraban en contacto con el nervio óptico sin depender de él. Microscópicamente, presenta células redondeadas de citoplasma granular eosinófilo, con vacuolización, y núcleo central regular, sin atipias. El estroma adyacente está conformado por tejido fibroconectivo y adipocitos maduros. La inmunohistoquímica mostró positividad a vimentina y S100. Debido a la rareza de esta neoplasia benigna, deseamos presentar el caso de este paciente pediátrico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silverberg's Principles and practice of surgical pathology and cytopathology, 4th ed.
2. Enzinger FM. Weiss SW. Soft tissue tumor. Mosby, pp:234-5.
3. Ocular pathology. Myron Yaod. 5th ed. 2002.
4. Rev Chilena de Cirugía 2007;56 (3):279.

Histiocitoma fibroso angiomatoide con metástasis, presentación de un caso

Tania P Álvarez Domínguez, Sergio A Arizmendi Isasí, José R Zavala López, Adrián Madrigal Azcárate

El histiocitoma fibroso angiomatoide se describió inicialmente por Enzinger, en una serie de 41 casos reportada en 1979 como una variante del histiocitoma fibroso maligno; posterior a la revisión de estudios subsiguientes en 1994 la OMS lo clasificó como una neoplasia de grado intermedio primordialmente en base a las diferencias clínicas. A partir de entonces se han publicado series en donde se evalúan parámetros clínicos y características inmunofenotípicas para dilucidar su histogénesis, existen teorías que determinan que esta neoplasia proviene de células con características mioides o miofibroblásticas situadas en tejido linfoide. Recientemente se han encontrado dos alteraciones genéticas específicas (translocaciones). Se presentan los hallazgos clínicos, radiológicos, histológicos e inmunofenotípicos de un histiocitoma fibroso angiomatoide con metástasis ganglionares con una breve revisión de la literatura. **Presentación del caso:** el caso corresponde a una mujer de 24 años con tumor quístico-hemorrágico en codo derecho de un año de evolución, tratado con drenajes múltiples; además de fiebre y anemia persistente. Se realizó amputación de la extremidad por afectación ósea más disección axilar. En la revisión macroscópica se encontró un tumor de 7 x 6.5 cm, bien delimitado por tejido conectivo en forma nodular e irregular, al corte

se encuentran múltiples cavidades quísticas de contenido hemorrágico, las paredes internas son granulares en algunas zonas, corrugadas; en las zonas sólidas el color predominante es marrón amarillento con áreas puntiformes de hemorragia. En la revisión microscópica se encontraron canales vasculares de tamaño variable, muchos de ellos dilatados, con apariencia quística, conteniendo hematíes y hemólisis; las paredes se muestran formadas por tejido fibroconectivo con infiltrado inflamatorio de tipo crónico, en las zonas más sólidas se encuentran aglomerados de células de morfología ovoide, redondeada y algunas un tanto fusiformes; presentan citoplasma abundante, claro, eosinófilo; algunas con gránulos de hemosiderina en el interior, tienen núcleo vesicular y algunos nucléolos visibles. Entre estas zonas hay infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario y canales vasculares pequeños. Las mitosis son muy escasas. El panel de inmunohistoquímica que se realizó dio los siguientes resultados: CD34 y actina músculo específica negativas en células neoplásicas, vimentina: positivo, desmina: positivo, CD68: positivo. En la disección axilar, se encontraron grupos de estas mismas células en varios linfonodos. La frecuencia de esta neoplasia se estima en 0.3% de los tumores de tejidos blandos; su comportamiento se ha reportado en las principales series con una recurrencia de 13% y metástasis en 1%; razón por la cual se cataloga como de comportamiento intermedio. Se presenta este caso como parte de una evolución poco frecuente dentro de una neoplasia también poco usual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enzinger FM. Angiomatoid malignant fibrous histiocytoma: a distinct fibrohistiocytic tumor of children and young adults simulating a vascular neoplasm. *Cancer* 1979;44:2147-57.
2. Costa MJ, Weiss SW. Angiomatoid malignant fibrous histiocytoma. A follow-up study of 108 cases with evaluation of possible histologic predictors of outcome. *Am J Surg Pathol* 1990;14(12):1126-32.
3. Thway K. Angiomatoid fibrous histiocytoma: a review with recent genetic findings. *Arch Pathol Lab Med* 2008;132:273-7.
4. Morgan MB, Pitha J, Johnson S, Dunn B, Everett MA. Angiomatoid malignant fibrous histiocytoma revisited: an immunohistochemical and DNA ploidy analysis. *Am J Dermatopathol* 1997;19:223-7.
5. Pettinato G, Manivel JC, De Rosa G, Petrella G, Jaszcz W. Angiomatoid malignant fibrous histiocytoma: cytologic, immunohistochemical, ultrastructural and flow cytometric study of 20 cases. *Mod Pathol* 1990;3:479-87.

Histoplasmosis sistémica: reporte de un caso de autopsia y revisión de la literatura

Judith Ivette García Colunga, Ligia Larralde Contreras, Itzel Reyes de la Garza, Luis Ángel Ceceñas Falcón, Oralia Barboza Quintana, Jesús Ancer Rodríguez

La histoplasmosis es una micosis causada principalmente por *Histoplasma capsulatum*, es generalmente autolimitada, sin embargo puede provocar daño sistémico, sobretodo cuando existen datos de afectación inmunológica. Existen casos reportados en la literatura donde la presentación de la histoplasmosis es sistémica y está asociada frecuentemente al inmunocompromiso. Se presenta un caso de autopsia de una femenina con datos de compromiso inmunológico, en la cual se evidenció afección disemina-

da por histoplasma. Se presenta un caso de autopsia de histoplasmosis y revisión breve de la literatura.

Presentación del caso: femenina de 45 años de edad, antecedente de VIH (+), inició su padecimiento dos meses previos a su ingreso con fiebre no cuantificada sin predominio de horario, tos productiva, dermatosis localizada a extremidades inferiores caracterizada por lesiones maculopapulares, ataque al estado general, pérdida de peso (10 kg), intolerancia a la vía oral y hematoquecia en tres ocasiones, motivo por el cual acudió a este hospital. Se agregó hemoptisis, se realizaron estudios de laboratorio los cuales evidenciaron una anemia severa, trombocitosis, prolongación de los tiempos de coagulación, hiperazotemia, alteración de las PFH y desequilibrio hidroelectrolítico. La paciente presentó una evolución tórpida, cayó en PCR el cual no respondió a maniobras y falleció. Se realizó la autopsia, observándose adenopatía generalizada además de zonas de sangrado en diversos sitios del colon; por otra parte, en los cortes histológicos correspondientes a tráquea, pulmones, ganglios mediastinales, hígado, bazo, páncreas, ganglios mesentéricos y paraaórticos, yeyuno, íleon, colon y riñones, se evidencian abundantes estructuras redondas con cuerpo basófilo central rodeado por un halo claro. Se realizaron tinciones especiales (PAS y Gomori-Grocott) las cuales resaltaban las estructuras antes mencionadas; con los hallazgos histopatológicos encontrados se llegó al diagnóstico de micosis sistémica compatible con histoplasmosis. Existen aproximadamente 100 casos por año en México, los cuales se resuelven en su mayoría, siendo pocos los

que necesitan apoyo hospitalario. Se han ido introduciendo nuevas técnicas diagnósticas además del cultivo (serología) para hacer un diagnóstico más temprano y así poder ofrecer un tratamiento más rápido y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Curr Opin Infect Dis 2006;19:443-9.
2. AIDS 2008;22:1047-53.
3. Curr Opin Infect Dis 2008;21:421-5.
4. Reviews in Medical Microbiology 2005;16:1-7.
5. Medicine 2006;85:22-36.
6. Pediatr Infect Dis J 2004;23(8).
7. Pediatr Infect Dis J 2006;25(1).
8. South Med J 2004;97(2).
9. Medicine 2007;86:162-9.

Hallazgos histopatológicos en infección por influenza A H1N1. Presentación de un caso de autopsia y correlación morfológica con autopsias de pandemias previas

Nadia Carolina García Ávila, Evelin Cortés Gutiérrez, Joel Benítez Sánchez, Rafael Peñavera Hernández

En 1918, 1947 y 1977 se han presentado casos de influenza A con más de 50,000 de muertes, resultado de reorganizaciones antigénicas puntuales. En el segundo trimestre del año se detectaron casos aislados de infección por influenza A H1N1 en México y Estados Unidos, posteriormente convertida en pandemia. Se describen los hallazgos histopatológicos de un caso de autopsia de infección por influenza A H1N1 de la actual pandemia en México. **Presentación del caso:** hombre de 20 años, aparentemente sano, que inició siete días previos a su ingreso con astenia, adinamia, fiebre, tos en accesos, hemoptisis y disnea de pequeños esfuerzos; con Sat de O₂ de 78.4%. Evolucionó tór-

pidamente, con datos de insuficiencia respiratoria severa y falleció seis días después de estancia intrahospitalaria. El estudio de PCR fue positivo para virus de la influenza A H1N1. La necropsia demostró en ambos pulmones daño alveolar difuso con membranas hialinas, hemorragia extensa, edema pulmonar agudo y trombos de fibrina en vasos sanguíneos. Otro hallazgo fue hemofagocitosis en pulmones, bazo y ganglios linfáticos, así como depleción linfocítica marcada y necrosis tubular aguda. Los hallazgos encontrados en la necropsia son similares a los descritos en pandemias anteriores por virus de la influenza A de distinta hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N).

BIBLIOGRAFÍA

1. Annu Rev Pathol 2008;3:499-522.
2. Pediatrics 2006;118:e216-e219.
3. N Engl J Med 2009;361.

Estudio de inmunohistoquímica de 19 casos de carcinomas de tipo basaloide de la mama

Mariana Fuertes Camilo, Nina Paola Ríos Luna, Edgar Pardo Castillo, Sergio Sánchez Sosa

Laboratorio de Patología Quirúrgica y Citología de Puebla S.C.
Hospital Christus Muguerza UPAEP.
Hospital Ángeles, Puebla.

Antecedentes: el carcinoma basaloide de la mama, es una neoplasia con pobre pronóstico asociada con mutaciones del *BRCA-1*, su incidencia es de 15 a 20% de todos los carcinomas de la mama y es más frecuente en mujeres jóvenes. El fenotipo negativo para receptores hormonales y HER2 neu, la inmunoeexpresión para CK5.6, CK14, EGFR, CD117, p63, calponina, p53 y alto índice proliferativo

(Ki67) caracterizan esta neoplasia.

Objetivo: revisar la expresión inmunohistoquímica en un grupo de pacientes con carcinoma basaloide de la mama.

Material y método: en forma retrospectiva, se evaluó el perfil de expresión inmunohistoquímica de 19 casos de carcinoma basaloide de la mama usando 11 anticuerpos (CK 5.6, CK7, CK14, EGFR, Ki67, p63, p53, p16, CD117, p63 + calponina). **Resultados:** la edad promedio de las pacientes fue de 48.6 años (33-67 años). La CK5.6+ 16/18, CK 14+ 16/16, EGFR+ 13/13, CD117+ 12/12, p53+ 7/13, p16+ 10/10 y p63+ 6/13 casos, el Ki67 fue superior a 90% en siete casos. **Conclusiones:** 1) La coexpresión de CK5.6, CK14 y EGFR se observó en 11/13 casos. 2) La CK14 fue el marcador más sensible del carcinoma basaloide de la mama. 3) La expresión aberrante de p16 y coexpresión CK 5.6/CK14 en CBM es similar al fenotipo del carcinoma escamoso asociado a VPH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Livasy CA, Karaca G, Nanda R, Tretiakova MS, et al. Phenotypic evaluation of the basal-like subtype of invasive breast carcinoma. *Mod Pathol* 2006;19:264-71.
2. Cheang MC, Voduc D, Bajdik C, Leung S, et al. Basal-like breast cancer defined by five biomarkers has superior prognostic value than triple-negative phenotype. *Clin Cancer Res* 2008;14(5):1368-76.

Leiomyosarcoma de frenillo de pene. Reporte de un caso y Revisión de la literatura

Itzel Reyes de la Garza, Oralia Barboza Quintana, Jesús Ancer Rodríguez, Raquel Garza Guajardo

Los tumores de pene corresponden a 0.4-0.6% de las neoplasias malig-

nas y de éstos, los sarcomas son el 5% del total de cáncer de pene. El leiomyosarcoma primario de pene es una rara enfermedad y desde 1930 se han reportado 30 casos en la literatura, cinco con involucro al prepucio. El índice curativo postquirúrgico es bajo, mueren por diseminación aproximadamente dos años posteriores al diagnóstico. Las metástasis ganglionares inguinales son infrecuentes debiendo ser manejadas agresivamente en ausencia de metástasis a distancia. La radioterapia y quimioterapia en tumores profundos aún no es claro. Se reporta el caso de leiomyosarcoma de frenillo de pene y revisión de la literatura. **Presentación del caso:** masculino de 61 años con antecedente de resección de nódulo en frenillo ocho y tres años atrás, con reportes de nódulos negativos para neoplasia. Presentó tres meses con dolor y nódulo en frenillo, se resecó y envió estudio histopatológico. El primer caso de leiomyosarcoma de pene lo describe Levi en 1930, Mac Kenzie y col. reconocen dos tipos: 1) superficiales: se desarrollan de células musculares lisas de estratos superficiales dérmicos glandulares en tercio distal peneano, asintomáticos y menos agresivos, menor invasión a estructuras profundas y uretra intacta a la exploración; 2) profundos: localizados más allá de los estratos glandulares, cuerpo esponjoso o cavernoso, presentan enfermedad metastásica al diagnóstico, peor pronóstico, tendencia a invadir y obstruir uretra. El tratamiento de elección es resección local y de recidivas en profundos o falectomías parciales por el alto índice de recurrencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dominici A, Delle Rose A, Stomaci N, Pugliese L, et al. A rare case of leiomyosarcoma of the penis with a reappraisal of the literature. *Int J Urol* 2004;11:440-4.
2. Piana M, Martínez MR, Codone J, Elizalde F, et al. Leiomyosarcoma de pene: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol* 2006;59(7):728-31.
3. Gamoidi A, Bougrine F, Dhiab T, Mamhlouf R, et al. Leiomyosarcoma of the penis: a case report and review of the literature. *Tunis Med* 2002;80(2):105-7.
4. Sa SS, Almaraz R, Magovern J. Leiomyosarcoma of the penis. Case report and review of the literature. *Cancer* 1984;54(5):939-42.
5. Mendis D, Bott SR, Davies JH. Subcutaneous leiomyosarcoma of the frenulum. *Scientific World Journal* 2005;5:571-5.
6. Pow-Sang MR, Orihuela E. Leiomyosarcoma of the penis. *J Urol* 1994;151:1643-5.
7. Fetsch JF, Davis Jr CJ, Miettinen M, Sesterhenn IA. Leiomyosarcoma of the penis. *Am J Surg Pathol* 2004;28(1):115-25.
8. Jain SS, Vohra RR, Kohli PK, Bharti. Leiomyosarcoma of the penis (case report). *J Postgrad Med* 1982;28:120-2.
9. Katuria S, Jablonsky VR, Molnar Z. Leiomyosarcoma of the penile prepuce with ultrastructural study. *Urology* 1986;27(6):556-7.
10. Nanri M, Kondo T, Okuda H, Tanabe K, Toma H. A case of leiomyosarcoma of the penis. *Int J Urol* 2006;13(5):655-8.
11. Cibull TL, Thomas AB, Badve S, Billings SD. Leiomyosarcoma of the penis presenting as a cutaneous lesion. *J Cutan Pathol* 2007.
12. Leiomyosarcoma of the penis *J Urol* 1984;132(2):356-7.
13. McDonald MW, O'Connell JR, Manning JT, Benjamin RS. Leiomyosarcoma of the penis. *J Urol* 1983;130(4):188-9.
14. Valls BF, Gallego GJ, Guillén NM, Esquerdo MJ. Leiomyosarcoma of the penis. Report of a case and review of the literature. 1980;4(6):339-42.
15. Elem B, Neislanik J. Leiomyosarcoma of the penis. *Br J Urol* 1979;51(1):46.

Leiomiomasarcoma de la pelvis renal con infiltración leucémica, reporte de un caso y revisión de la literatura

Karla Quintero Meza, Cuauhtémoc Oros, Carlos Ortiz Hidalgo, Nadia Gómez Hernández, Francisco Gaytán Gaona, César Godoy Valdez

Presentación del caso: masculino de 31 años con fatiga, diaforesis, fiebre intermitente y piuria de tres meses de evolución, pérdida ponderal de 4 kg en dos meses, biometría hemática con hemoglobina de 12 g/dL, hematócrito de 38.5, plaquetas de 42.00, leucocitos de 14 con 85% de linfocitos (con abundantes células linfoides de aspecto inmaduro). En TAC de abdomen se observó un tumor renal, por lo que se realizó nefrectomía izquierda. Macroscópicamente el riñón está expandido, de 22 x 16 x 13 cm, es verdoso con una lesión tumoral bien delimitada de 9 x 7 x 7 cm, en pelvis renal, sólida, fascicular, con centro necrótico en un 40%. Microscópicamente se identifica un componente sarcomatoso, con células fusiformes, núcleo pleomórfico, o multinucleadas, con mitosis multipolares. El citoplasma es denso eosinófilo y mioide. Entremezcladas con un intenso infiltrantes. Tanto el riñón como el tumor renal se observan infiltrados por abundantes elementos inmaduros, con citoplasma escaso a moderado con gránulos de tipo blástico, con aspecto mieloide. Mediante inmunohistoquímica se observó CD33, mieloperoxidasa y CD35 +, CD20 y CD43 (-) y en el tumor fusocelular desmina y actina positivos así como Ki67. Por lo que se concluyó Infiltración leucémica renal y en leiomiomasarcoma primario

de pelvis renal, por leucemia promielocítica. Los sarcomas renales primarios constituyen de 0.8 a 2.7% de todos los tumores renales en adultos, y el 0.12% de los invasivos; clínicamente se presentan con la triada clásica de dolor en flanco, hematuria y masa abdominal imitando un carcinoma de células renales. Estos sarcomas se originan en las fibras del músculo liso del parénquima renal, y se caracteriza por un tumor de rápido crecimiento, frecuentemente metastásico y con altas recurrencias. La infiltración leucémica renal es usualmente asintomática, caracterizada por infiltración túbulo intersticial, que lleva a deficiencia renal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kobayashi K, Kobayashi T, Yokote T. Br J Haematol 2009.
2. Caso J, Seigne J, Back M, Spiess PE, et al. J Urol 2009.

Leiomiomasarcoma pulmonar primario, reporte de un caso

Mónica Lizzette Serrano Arévalo, Ezequiel Vélez Gómez MA
Servicio de Anatomía Patológica del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, OPD Dr. Juan I Menchaca

Son tumores raros, menos de 100 casos reportados, semeja un carcinoma bronquial primario, predominio hombres, localización hiliar. Predominio en la quinta y sexta década de la vida. En 1938, Neuman fue el primero que reportó dos casos de leiomiomasarcoma pulmonar en dos mujeres de 65 y 83 años. Presentan una supervivencia a cinco años en los sarcomas pulmonares es de 48% aproximadamente. Los leiomiomasarcomas primarios pulmonares son tumores malignos de

células musculares lisas, puede ser de origen endobronquial, vascular y parenquimatoso y tener localización periférica o central. Los de origen parenquimatoso son los más frecuentes y forman masas bien delimitadas que pueden alcanzar grandes dimensiones. **Presentación del caso:** presentamos el caso de una paciente de 62 años, que inicia con cuadros de infecciones respiratorias repetitivas, disnea, tos, asfixia y hemoptisis expectorando un fragmento de tejido. Se recibe para su estudio un espécimen de 2 cm de diámetro mayor ovoide irregular, el cual histológicamente muestra una superficie epitelial, con un foco ulcerado en la misma, que reviste a la lesión, se caracteriza por ser muy celular, formar fascículos anchos y cortos, formando ángulos rectos, constituido por células fusiformes, con citoplasma bien delimitado, eosinófilo, núcleo ovoide, con mitosis atípicas en número de cinco por 10 campos de alto poder, sin observarse necrosis. Se realizaron los estudios de inmunohistoquímica siguientes: actina de músculo liso resultando positiva, vimentina positiva, EMA, PS-100, citoqueratinas y CD 117 negativas, CD34 y HMB45 resultando negativas; por lo que concluimos en el diagnóstico de un leiomiomasarcoma pulmonar de grado intermedio. A la paciente se le realizó neumonectomía derecha, en otro hospital, encontrando un tumor de 40 cm de diámetro máximo en lóbulo medio, ratificando nuestro diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Primary pulmonary leiomyosarcoma. Dis Chest 1957;31:328-34.
2. Pulmonary leiomyosarcoma Dis Chest 2002;129-31.

3. Petrov DB, Vlassov VI, Kalaydjiev GT, Plochev MA, Primary pulmonary sarcomas and carcinosarcomas –postoperative results and comparative survival analysis. Eur J Cardiothorac Surg 2003;23(4):461-6.

Asociación de lesiones linfoproliferativas gástricas y *Helicobacter pylori*: revisión de 6 años en UMAE HE CMNO

Sussy Melody Gonzalez Huerta, Maria Rosa Flores Márquez

Antecedentes: en 1991, se reportó la presencia de *H. pylori* en casos de linfomas gástricos y, dos años después, la regresión de estos linfomas después de la erradicación del bacilo por medio de antibióticos. La infección por *Helicobacter pylori* induce agregados linfoides en la mucosa gástrica, originando en su mayoría linfomas no Hodgkin de células B. **Objetivo:** revisión de los casos reportados como linfoma gástrico en el UMAE HE CMNO del año 2002 al 2008, y la prevalencia de *Helicobacter*, u otros microorganismos asociados, en la población de este hospital, que corresponde a la región de Jalisco, Colima y Michoacán. **Material y métodos:** del 2002 al 2008 se estudiaron 436 linfomas en este hospital, 42 casos fueron primarios de estómago. La edad media de 64 años. **Resultados:** el 55% de los casos correspondió a linfoma B difuso de células grandes, el 38% a linfoma MALT y el resto a otros tipos. Sólo 8 se reportaron en el estudio histopatológico asociados a *H. pylori*, dos de ellos presentaron colonización por *Candida* sp, y uno de ellos presentó CMV. Un caso se asoció con adenocarcinoma mucinoso. **Conclusiones:** la literatura refiere que los linfomas gástricos

se asocian a *Helicobacter pylori* en 98% de los casos, sin embargo, éste sólo se observa en la menor parte de ellos en las preparaciones histológicas como en nuestros casos, pues al momento de la biopsia o cirugía, éste ya fue tratado, sin embargo, puede observarse positividad por serología. Se refiere también un predominio de los linfomas tipo MALT, a diferencia de nuestra casuística que predomina en linfoma difuso de células B grandes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Br Med Bull 1998;54(1).
2. Gac Med Mex 2007;143(3).
3. Am J Pathol 1989;135:7-11.
4. Med 2004;2(serie 9):93-99.

Linfangioma quístico de mesocolon. Reporte de un caso de localización inusual

Blanca Sinahi García Aguilar, Rafael Peñavera Hernández, María Evelin Cortés Gutiérrez, Fabiola Elizabeth Rodríguez Ramírez

Hospital Juárez de México

Antecedentes: los linfangiomas intrabdominales representan menos del 5%, se localizan con mayor frecuencia en mesenterio, mesocolon y retroperitoneo. Son tumores originados en las hojas mesentéricas por defecto en el desarrollo de los linfáticos mesentéricos, creando espacios cerrados en los que se acumula el contenido linfático. **Objetivo:** describir un linfangioma quístico de localización inusual. **Presentación del caso:** mujer de 4 meses de edad, que presentó irritabilidad y distensión abdominal de una semana de evolución, a la cual se agregó fiebre. Se realizó USG y se descubrió un tumor abdominal por lo

cual se decidió realizar laparotomía exploratoria. Se encontró una lesión dependiente de mesenterio que rodeaba a colon sigmoidees en su totalidad, por lo cual se realiza resección de ambos. El tumor midió 13 cm y peso 110 gramos. Multilobulado, violáceo, renitente. Al corte multiquístico con salida de líquido amarillo claro. Histológicamente se identificó proliferación de vasos linfáticos dilatados y quísticos, revestidos por endotelio aplanado, sin atipia. Se encontraron agregados linfoides en el estroma. **Conclusiones:** el linfangioma quístico intrabdominal constituye una entidad poco frecuente, en la mayoría de los casos se presenta antes de los 5 años, aunque 75% de las ocasiones se manifiestan en la edad adulta. De acuerdo a sus características histológicas es importante hacer diagnóstico diferencial con los quistes de origen endotelial y quistes mesoteliales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lara Borrero V, Porras y cols. Mesenteric lymphangiomatosis, case report. Arc Esp Urol 2006;59:5.
2. Forero Alva M y cols. Rev Hosp Central 2004;1:59.

Linfoma de células grandes B asociado a VEB en un paciente con síndrome de Wiskott Aldrich tratado con trasplante de médula ósea. Informe de un caso

Mariana Fuertes Camilo,* Rosalía Figueroa Salazar,** Edgar Pardo Castillo,* Nina Paola Ríos Luna,* Leticia Navarro Pérez,* Jesús Saldivar Morales,* Sergio Sánchez Sosa*

* Laboratorio de Patología Quirúrgica y Citopatología de Puebla/Hospital Christus Muguerza UPAEP

** Servicio Gastroenterología Pediátrica, Hospital Ángeles Puebla

Antecedentes: síndrome de Wiskott Aldrich (SWA), inmunodeficiencia causada por mutaciones del brazo corto del cromosoma X, (Xp11.23-p11.22). La incidencia es de 4/1,000,000. Se conoce su alto riesgo de desarrollar linfomas. El trasplante de médula ósea (TMO) es la más importante opción terapéutica ya que sin éste los pacientes pueden sobrevivir sólo hasta los 15 años de edad. **Presentación del caso:** niño de 3.1 años de edad, que a los 3 meses de edad presentó diarrea sanguinolenta, parasitosis intestinal y petequias. A los 7 meses de edad se diagnosticó púrpura trombocitopénica idiopática y colitis ulcerosa crónica idiopática. Se trató con esteroides con mejoría parcial. Frecuentemente fue hospitalizado por neumonía, trombocitopenia, niveles bajos de linfocitos T (CD4, CD8 y NK). En junio del 2008 se estableció el diagnóstico de SWA y posteriormente se realizó TMO con quimerismo completo en el día +21, recuperó cuenta plaquetaria y cifras de linfocitos CD4/CD8/NK. Recibió tratamiento antiviral, antimicótico y gammaglobulina. Cinco meses post-trasplante presentó enfermedad injerto vs huésped; recibió rituximab, ciclosporina, mofetil-micofenolato y prednisona. Diez Meses posteriores al TMO desarrolló adenopatías cervicales, lesiones necróticas en piso de la boca y plaquetopenia. La biopsia de ganglio mostró linfoma de células grandes B: CD20+, CD43+, CD79a+. CD30+, BCL2+, PLM1+ y EBER's +. Se inició Qt con R-CHOP14 y alemtuzumab; respondió parcialmente y falleció dos meses después.

Conclusiones: el SWA es una inmunodeficiencia rara, el pronóstico es malo con alta mortalidad por complicaciones infecciosas y enfermedad linfoproliferativa maligna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baba Y, Nonoyama S, Matsushita M, Yamadori T y col. Involvement of Wiskott-Aldrich syndrome protein in B-cell cytoplasmic tyrosine kinase pathway. *bloodjournal.org* 2007;93(6):2003-12.
2. Ioachim Harry L, Medeiros LJ. *Ioachim lymph node pathology*. 4th ed. New York, NY 2009.

Linfoma difuso de células grandes B, tipo no centro germinal de SNC

Graciela Velázquez Delgado, Alejandro Avilés Salas

Instituto Nacional de Cancerología

Antecedentes: el linfoma primario de SNC es poco común y representa aproximadamente 1%-3% de todas las neoplasias del SNC, y menos de 5% de los linfomas no Hodgkin (LNH). La gran mayoría son de estirpe B, la mediana de edad es 60 años con un ligero predominio del género masculino, y aproximadamente 60% tienen localización supratentorial.

Presentación del caso: hombre de 49 años que inició su padecimiento en el mes de marzo con síndrome diarreico y cefalea severa de localización frontal y retro-ocular. Posteriormente se agregó mareo con pérdida de equilibrio. Se realizó TAC de cráneo que reveló lesión en lóbulo frontal con edema perilesional, del cual se tomó biopsia. En el estudio histopatológico se observó parénquima cerebral infiltrado por neoplasia maligna de células grandes con patrón de cre-

cimiento difuso y de manera focal perivascular. Se realizó estudio de inmunohistoquímica, siendo las células neoplásicas positivas para CD 20, Bcl-2 y MUM-1, en base a lo cual se estableció el diagnóstico de linfoma difuso de células grandes B, tipo no centro germinal. La prueba de ELISA resultó negativa, y el paciente se manejó con DA-MTX y CHOP. En la última clasificación de tumores de tejidos linfoides y hematopoyético de la OMS, el linfoma difuso de células grandes B, primario de SNC representa todos los linfomas primarios intracerebrales e intraoculares, y excluye a los de la dura, a los intravasculares y a los asociados a enfermedad sistémica o inmunodeficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kluin PM, Deckert M, Ferry JA. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the CNS, en WHO classification of tumour of haematopoietic and lymphoid tissues. International Agency for Research on Cancer, Lyon 2008;pp:240-1.
2. Mohile NA, Abrey LE. Primary central nervous system lymphoma. *Neurol Clin* 2007;25:1193-207.
3. Hollender A, Kvaloy S, Lote K, et al. Prognostic factors in 140 adult patients with non-Hodgkin's lymphoma with systemic central nervous system (CNS) involvement. A single centre analysis. *Eur J Cancer* 2000;36:1762-8.

Linfoma T angioinmunoblástico con proliferación exuberante de inmunoblastos B y células plasmáticas que simula enfermedad de Castleman y linfoma B: presentación de un caso

Verónica de Jesús Macedo Reyes, Hugo Domínguez Malagón, Carmen Lome, Carlos Ortíz

Antecedentes: el linfoma de células T angioinmunoblástico (LTAB) es una enfermedad sistémica que se presenta en personas adultas y ancianos, y representa del 1-2% de los linfomas no Hodgkin. **Presentación del caso:** mujer de 70 años, que cuidaba hermano con SIDA y sarcoma de Kaposi. En 2007 presentó adenomegalias axilares y cervicales. En los ganglios cervicales se observó enfermedad de Castleman con proliferación policlonal de células plasmáticas negativas para HHV8, además de inmunoblastos. En los ganglios axilares se observó proliferación difusa de linfocitos grandes y atípicos, positivos para CD20 y CD30, con restricción de cadenas ligeras Kappa. El diagnóstico en este material fue linfoma de células grandes B variedad anaplásica. Recibió 6 ciclos de quimioterapia CHOP con remisión completa, la serología para VIH fue negativa. Dos años después, presentó nuevamente adenopatía cervical, caracterizada por proliferación paracortical de linfocitos atípicos, grandes y pleomorfos, positivos para CD20, CD30 y MUM-1, además de vénulas postcapilares con endotelio prominente. Se realizó estudio de biología molecular, que reveló rearreglo de TCR1 y TCR 2 de las células T, por lo tanto se realizó el diagnóstico de LTAB. **Comentario:** el propósito de este trabajo es mostrar cómo la proliferación de linfocitos B presentándose como células plasmáticas e inmunoblastos, favoreció el diagnóstico de enfermedad de Castleman de células plasmáticas multicéntrica (ECCPM) asociada con un linfoma difuso de células grandes B. Sin embargo, los estudios de biología molecular permitieron realizar el

diagnóstico de LTAB. Los hallazgos sugieren que los linfocitos T influyen en la población B, lo que explica por qué LTAB puede simular ECCPM, así como linfoma difuso de células grandes B.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Journal of Hematology 2002;69:119-26.
2. Journal Clinical Pathology 2005;58:1039-45.
3. Blood 2000;95:1406-12.
4. Blood 2002;99:2331-6.

Linfoma T/NK tipo nasal de íleon. Informe de un caso

Angela Dayana Williams Jáquez,
Ana María Cano Valdez, Alejandro
Avilés Salas

Instituto Nacional de Cancerología

Antecedentes: la localización más frecuente de linfomas extraganglionares es el tracto gastrointestinal (TG); de éstos los localizados en estómago representan entre 55-65%, el intestino delgado el 20-35% y el colon el 7-20%, siendo la gran mayoría de estirpe B. Los linfomas de células T del TG son extremadamente raros (5.2-14-7%), de éstos se han informado linfomas T periféricos, linfomas T tipo enteropatía y algunos casos de linfomas T/NK tipo nasal extraganglionar. **Presentación del caso:** mujer de 18 años, que inició su padecimiento con dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal y constipación, por lo que se realizó laparotomía exploratoria con la sospecha clínica de apendicitis. Se encontró tumor que infiltraba y perforaba la pared del íleon distal, el cual se resecó. En el estudio histopatológico se observó neoplasia maligna que

infiltraba en forma difusa la pared intestinal, constituida por células de tamaño mediano a grande. La atipia y el pleomorfismo fueron moderados, y se identificaron zonas de necrosis y angioinvasión. Se realizó estudio de inmunohistoquímica, siendo las células neoplásicas positivas a CD 3, CD 56, CD 45Ro y granzima B, y negativas a: CD 4, CD 8, CD 20, CD 30, CD 57, Mum-1, Bcl-2 y Bcl-6. Se estableció el diagnóstico linfoma T/NK tipo nasal de íleon. La paciente recibió solo un ciclo de quimioterapia, posterior al cual falleció. Se han informado 12 casos de linfomas T/NK del TG, la gran mayoría en hombres jóvenes con perforación intestinal y neoplasias localizadas en íleon distal. Estos linfomas tienen peor pronóstico que aquellos de localización nasal, con una media de supervivencia de 3 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chun-Liang Tung, Pin-Pen Hsieh, et al. Intestinal T-cell and natural killer cell lymphomas in Taiwan with special emphasis on 2 distinct cellular types: natural killer-like cytotoxic T cell and true natural killer cell. Hum Pathol 2008;39:1018-25.
2. Cheng-Hsiang H, Wen-Ing L, et al. Angiocentric T-cell lymphoma of the intestine: A distinct etiology of ischemic bowel disease. Gastroenterology 1996;110:985-90.
3. Panwalkar A, Armitage J. T-cell/NK cell lymphomas: A review. Cancer Letters 2007;253:1-13.

Linfangioleiomiomatosis retroperitoneal. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Karen Arispe Angulo, Jazmín de
Anda González, Mónica Chapa, Ar-
turo Angeles Angeles

Departamento de Anatomía Patológica. Instituto Nacional de Ciencias

Médicas y Nutrición Salvador Zubi-rán, México, DF

La linfangioleiomiomatosis (LM) es un padecimiento poco habitual de etiología desconocida, casi exclusiva de mujeres en edad reproductiva, ocurre con mayor frecuencia en pulmones. Consiste en una proliferación de músculo liso alrededor de vasos linfáticos, sanguíneos y vías aéreas.³ Puede ocurrir en forma esporádica o asociada con esclerosis tuberosa, ambas tienen pérdida de heterozigosidad en el gen TSC2 localizado en el cromosoma 16.² La linfangioleiomiomatosis extrapulmonar primaria representa el 2% de los casos y las manifestaciones clínicas son masa abdominal palpable, ascitis quillosa o dolor abdominal y en muchos casos precede a la aparición de la forma pulmonar en 1-2 años.¹ Se presentan las características macroscópicas e histológicas de linfangioleiomiomatosis en una localización inusual (retroperitoneo). **Caso clínico:** mujer de 52 años, hipertensa, diabética. En noviembre del 2008 presentó distensión abdominal, sensación de plenitud, dolor difuso en epigastrio y vómito. EF: dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal. La TAC mostró neoformación hipodensa adyacente a la segunda porción del duodeno, la cual fue resecada. Se recibió lesión nodular de 8.3 cm, cuya superficie de corte mostró extensa necrosis y áreas quísticas a la periferia que histológicamente correspondieron a linfangioleiomiomatosis, corroborada por inmunohistoquímica. Actualmente la paciente se encuentra sin evidencia de enfermedad pulmonar. **Comentario:** es necesario realizar un diagnóstico temprano

debido a que es una enfermedad letal y muchas pacientes mueren dentro de los 10 años después del diagnóstico. El tratamiento de las formas extrapulmonares no está bien establecido, sin embargo, la hormonoterapia podría ser beneficiosa.³

REFERENCIAS

1. Kebria M, et al. Primary retroperitoneal lymphangioleiomyomatosis in a postmenopausal woman: a case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:528-32.
2. Yu Yane, et al. Chromosome 16 loss of heterozygosity in tuberous sclerosis and sporadic lymphangioleiomyomatosis. *Am J Resp Crit Care Med* 2001;164:1537-40.
3. Matsui K, et al. Extrapulmonary lymphangioleiomyomatosis: clinicopathologic features in 22 cases. *Hum Pathol* 2000;31:1242-8.

Liposarcoma paratesticular bien diferenciado tipo lipoma. Informe de un caso

Lidia Montes Rivera, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Jesús González Guzmán, Joel Rodríguez Llerenas, Francisco Israel Gaitán Gaona
Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí SLP

Hombre de 77 años de edad con padecimiento actual de año y medio de evolución; al presentar aumento de volumen progresivo en testículo izquierdo que a la exploración física mide 10 x 15 cm, es móvil e indoloro. Se recibió espécimen de orquiectomía izquierda de 18 x 16 x 12 cm; peso de 1450 g. La túnica vaginalis es blanquecina. Al corte se identificó tumor paratesticular de 18 x 14 x 8 cm, encapsulado; amarillento, multilobulado y de consistencia semiblanda,

con área focal de necrosis; el testículo y cordón espermático sin alteraciones macroscópicas. Microscópicamente se observó liposarcoma bien diferenciado tipo lipoma. El liposarcoma paratesticular es una entidad poco frecuente y existen pocas series publicadas. El primer caso publicado fue en 1940 por Dreyfuss. El sitio más común de localización es el cordón espermático y con menor frecuencia en epidídimo y túnica testicular. La edad promedio de presentación es de 65 años. El liposarcoma bien diferenciado tipo lipoma es el subtipo histológico más frecuente. Las dimensiones varían de 3 a 30 cm (media: 12 cm). TAC demuestra la presencia de masa sólida paratesticular e intraescrotal. El diagnóstico diferencial se debe realizar con lipoma y lipogranuloma esclerosante. El tratamiento es la orquiectomía y en ocasiones radio, quimioterapia, o ambas. El 23% presenta recurrencia local y el 10% desarrolla metástasis y desdiferenciación. El pronóstico depende de tipo histológico, índice de proliferación celular Ki67 y p53.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bostwick DG. *Urologic Pathology*. Second Edition, 2008;pp:880.
2. Ulbright, Amin, and Young. Tumors of the testis, adnexa, spermatic cord and scrotum. *AFIP*. 3a serie. pp: 268-69.
3. Pathology and Genetics of the tumors of the urinary system and male genital organs. WHO. pp:273-6.
4. *Indian J Pathol Microbiol*. 2006;49(3):402-4.
5. *Prog Urol*. 2005;15(6):1149-50.
6. *Am J Surg Pathol* 2003;27(1):40-47.

Melanoma maligno primario de intestino delgado. Reporte de un caso

Lina Urania Hernández Román, Jesús Ángel Villagrán Uribe

Los tumores primarios del intestino delgado son raros y representan menos del 1% de todas las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal y menos del 3% de todas las neoplasias. El melanoma maligno constituye del 1-3% de todos los tipos de cáncer y se conoce puede metastatizar a cualquier órgano. El intestino delgado puede afectarse secundariamente en 30-75% de los casos y es rara su presentación como tumor primario.

Presentación del caso: masculino de 53 años de edad que inició cinco meses previos a su intervención quirúrgica con distensión abdominal, sensación de plenitud gástrica, dolor abdominal, vómito en pozos de café, evacuaciones melénicas y anemia. Se sometió a biopsia endoscópica el día 12/01/09 que reportó neoplasia maligna poco diferenciada ulcerada. Al mes siguiente se identificó adenomegalia axilar derecha la cual fue sometida a BAAF que resultó células tumorales probablemente de origen melánico. Se le realizó LAPE el día 27/03/09 donde se le practicó resección intestinal encontrando como hallazgo tumor intraluminal con invaginación intestinal y ganglio mesoyeyunal con metástasis. No se observaron lesiones pigmentadas en piel en la exploración física intencionada. Se egresó y se programó para disección radical axilar derecha el día 7/05/09, pero no acudió y no ha continuado con seguimiento. El melanoma maligno primario de intestino delgado es poco frecuente y debe ser considerado diagnóstico diferencial principal un melanoma maligno metastático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schuchter LM et al. Primary and metastatic diseases in malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Curr Opin Oncol* 2000;12:181-5.
2. Sachs DL et al. Do primary small intestinal melanoma exist? Report of a case. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:104-4.
3. Elsayed AM et al. Malignant melanomas in the small intestine: a study of 103 patients. *Am J Gastroenterol* 1996;91:1001-6.

Melanoma primario intraventricular: presentación de un caso y revisión de la literatura

Jose Antonio Matute Briceño, Eduardo González Murillo, Miguel Ángel Ortiz Martínez

Más de 250 melanomas primarios del SNC han sido reportadas en la literatura. 2 melanomas malignos de los plexos coroideos han sido reportados. Se comunica un caso de esta rara enfermedad, su presentación clínica, sus hallazgos histológicos y diagnósticos diferenciales. Presentación del caso: masculino de 65 años con antecedente de cefalea dos semanas de evolución. Presenta masa hiperdensa en el atrio del ventrículo lateral izquierdo. Se observó una masa de 4 cms que refuerza al contraste. El diagnóstico preoperatorio diferencial (astrocitoma, ependimoma, subependimoma, oligodendroglioma y metástasis. Macroscópicamente se observó una lesión café oscura y friable. Histológicamente hiper celular, fusocelular y epiteloide con patrón sólido y papilar, con alto índice mitótico, y pigmento intracitoplasmático. Positividad para Hmb-45, Melan A, S-100, negativo para Citokeratinas, GFAP, LCA, EMA, CEA. Sin evidencia de tumor primario en otro sitio por

12 meses de seguimiento. Esta rara entidad está descrita a consecuencia de una migración de melanocitos desde las meninges al espacio intraventricular, siendo su diagnóstico diferencial el carcinoma papilar de plexos coroideos pigmentado, siendo tan pocos reportados es de relevancia hacer estudios complementarios para confirmar esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barut S. Primary leptomeningeal melanoma simulating a meningioma. *Neurosurg Rev* 1995;18:143-147. Medline.
2. Lang-Peixoto MA, Lagos J, Silbert SW. Primary pigmented carcinoma of the choroid plexus. *J Neurosurg* 1977;47:442-450. Medline.

Melanoma sinonasal reporte de 6 casos, revisión de 10 años en UMAE HE CMNO IMSS Jalisco

Celestina Menchaca, Teresita Plascencia Ortiz

Antecedentes: neoplasia maligna derivada de los melonocitos de la mucosa sinonasal, poco frecuente, representa el 1% de los melanomas; y menos del 5% de todas las neoplasias del tracto sinonasal. Asociada a exposición a formaldehído y al tabaco con un pico de incidencia en la 7ª década de la vida. **Objetivo:** revisión de los casos reportados como melanoma maligno sinonasal, del año 1998 al 2008, tomados de los archivos del Departamento de Anatomía Patológica. **Material y métodos:** se reportan 6 casos con presentación clínica referida en la literatura, los cuales fueron diagnosticados mediante técnicas histológicas y de inmunohistoquímica, reportando positividad para HMB45, proteína S100, vimentina,

NSE, CD99; y negativos a CD45, lisosoma, queratina, desmina, CD34 y sinaptofisina. Casos inusuales que requieren inmunohistoquímica para realizar el diagnóstico; los cuales se presentan con la descripción y epidemiología referida en la literatura mundial.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMJ Sur. Pathology 2003;27(5):594-611.
2. Pathology and genetics head and neck tumours World Health Organization classification of tumours
3. Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology.

Melanoma uveal hallazgos clínico-patológicos

María Elena Rosales Gradilla, Rebecca Jiménez Herrera

Antecedentes: el melanoma ocular es un tumor maligno que se origina a partir de las células melánicas o los melanocitos derivados de la cresta neural y se localizan a nivel ocular, piel y mucosas. El melanoma ocular afecta a los melanocitos de la conjuntiva, del tracto uveal esto es iris, cuerpo ciliar y coroides. **Objetivo:** determinar los hallazgos clínicopatológicos del melanoma uveal en pacientes del Centro Médico de Occidente (IMSS). **Material y métodos:** se revisaron los casos del Departamento de Patología con diagnóstico histopatológico de melanoma uveal de enero del 2000 a enero del 2008. Se analizaron: edad, sexo, ojo afectado, diagnóstico clínico, tamaño, tipo celular, índice mitótico, necrosis, tratamiento. **Resultados:** de 55 casos con diagnóstico de tumor intraocular, 10 correspondieron a pacientes con melanoma uveal (18%). La edad

promedio fue de 52 años, con predominio en mujeres. El diagnóstico clínico preoperatorio fue melanoma uveal en 100%, originándose en coroides en la mayoría de los casos, el ojo derecho fue el más afectado. El tipo celular más frecuente fue el de células fusiformes b. **Conclusiones:** nuestros resultados sugieren que los escasos estudios de melanoma uveal en nuestro país se presentan más frecuentemente en mujeres en comparación con lo reportado con la literatura mundial. Las características histológicas observadas se han correlacionado con un mejor pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo: Histopathologic characteristics of uveal melanoma in eyes enucleated from COMS report nº 6. Am J Ophthalmol 1998;125:745-66.
2. Saraiva V, Edelstein Ch, Burnier M. New prognostic factors in uveal melanomas: potential molecular targets for therapy. In: Can J Ophthalmol 2004;39(4):422-7.

Meningiomas cordoides. Presentación de 10 casos

Martha Lilia Tena Suck, Miguel Angel Collado Ortiz, Rosalba Vega, Citlaltepelt Salinas Lara, Rabindhrana García, Noemi Relista, Diego Alvarado Moreno, Daniel Rembao
Departamento de Neuropatología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Antecedentes: los meningiomas cordoides son raros. Se caracterizan por cordones de células epiteliales inmersas en un estroma mucinoso denso, se hace diagnóstico diferencial con cordomas principalmente. De acuerdo a la OMS son tumores de grado II. A pesar de ser histológicamente benignos

son tumores muy agresivos que tienden a recidivar y no muestran ni atipias celulares ni figuras de mitosis.

Material y métodos: presentamos 10 casos de meningiomas cordoides experiencia de 10 años en el INNN-MVS. **Resultados:** la edad fue entre 30-67 años (media de 34.2), 7 fueron mujeres y 3 hombres. El tiempo de inicio de la sintomatología fue de 3 a 5. Ninguno de los casos se asoció con síndromes sistémicos. Todos presentaron una localización supratentorial. 4/10 mostraron cambios de metaplasia ósea, y 3 metaplasia condroide, 7/10 invasión cerebral, a 5 casos se les realizó estudio transoperatorio presentaron células de aspecto claro con un fondo fibrilar vs mucinoso que fueron reportados como cordomas. 7/10 recidivaron, 3 hombres y 4 mujeres y 5 murieron. Por IHQ fueron CK7, EMA, E-cadherina, Epcam y S-100 positivos en las células cordoides y negativos en el estroma y fueron AE1/AE3, GFAP, y sinaptofisina negativos. El índice MIB1 (Ki-67) fue 6-9% (media de 7.8), PCNA fue 6-20% (media de 14) y un índice de densidad vascular de 6-16 (media 14.5). **Conclusiones:** no hubo diferencias entre, edad, localización y expresión de IHQ ni con índices de proliferación. Sin embargo fue mayor en los hombres y en los que recidivaron que los que no, así como los que presentaron invasión al tejido cerebral.

Meningiomas selares, reporte de 30 casos

Martha Lilia Tena Suck, Daniel Rembao Bojorquez, Citlaltepelt Salinas Lara, Rabindranah García, Lesly Portocarrero, Manuel Castillejos Lopez

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México

Antecedentes: los meningiomas selares son tumores que por su localización son raros, son al igual que todos los meningiomas tumores benignos de lento crecimiento; sin embargo, por su localización pueden ser tumores más agresivos y clínica y radiológicamente pueden confundirse con tumores hipofisarios. **Material y métodos:** estudio descriptivo, observacional, serie de casos. Correlación clínico patológica y de inmunohistoquímica. Presentamos 30 casos de tumores del infundíbulo selar, experiencia de 15 años del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Ciudad de México. **Resultados:** la edad media fue de 59.70 años (rango de 23-83). 21(70%) fueron mujeres y 9 (30%) fueron hombres. 9 casos estaban localizados en el proceso clinoides anterior, 20 en el tubérculo selar y sólo 1 en el plato del esfenoides. Radiológicamente 15 (50%) presentaban invasión selar al momento del diagnóstico. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía descompresiva del nervio óptico y resección del tumor. Clínicamente todos los pacientes presentaron cefaleas, y alteraciones visuales variadas. El tiempo de evolución de los síntomas fue de 8 a 18 meses y el tiempo de seguimiento fue 2 hasta 8 años (media de 5.2). Histológicamente tipo fibrilar fueron 5 (13.3%), transicional fueron 6 (20%), meningothelial fueron 15 (50%) y mixtos fueron 5 (16.7%). Recidiva se presentó en 10 (33%) casos y 3 casos murieron. 15 presentaron complicaciones hormonales postquirúrgicas. Por IHQ

todos fueron EMA, S-100 y vimentin positivo así como PTTG-1 negativo. El índice mitótico fue 0-3 (media 0.87 ± 90). El índice para PCNA fue 12-32 (media de 21.97 ± 5.5), índice MIB-1 (Ki-67) fue de 2-7 (media 3.87 ± 1.1) y el índice de densidad vascular fue de 2-11 (media 7.55 ± 2.11). No hubo correlación entre edad, género, localización del tumor con los índices de proliferación ni con el de índice de densidad vascular. **Conclusiones:** los meningiomas selares son tumores raros y por su localización son tumores de difícil resección quirúrgica completa. A pesar de ser tumores benignos son tumores que tienden a recidivar y dejar secuelas hormonales importantes.

Metástasis a sistema nervioso central: revisión de cinco años en el Centro Médico Nacional de Occidente

Jorge Guzmán Lepe, Giuseppe Buonocunto

Antecedentes: las metástasis cerebrales (MC) constituyen una manifestación única y diferenciada en el cáncer diseminado, no sólo por su frecuencia, ya que superan en este sentido a los tumores primarios de esta localización, sino también por su severa morbi-mortalidad. La literatura muestra unas cifras variables en cuanto al tipo de primario responsable (en adultos) de las MC: 18-64% en el cáncer de pulmón, 2-21% en mama, 2-12% en colo-rectal, 4 -16% en melanoma, 1-8% en riñón, 1-10% en tiroides y 1-18% de primario desconocido.¹ **Objetivo:** mostrar incidencia de tumores metastásicos hacia sistema nervioso central en el CMNO. **Material y métodos:**

se hizo una revisión retrospectiva de julio del año 2000 a enero del 2006 de los registros de estudios histopatológicos realizados en el Centro Médico Nacional de Occidente, en la cual se encontraron 29 casos durante este periodo, de los cuales 12 fueron de sexo masculino y 17 de sexo femenino comprendiendo un rango de edad de los 25 años a los 81 años. **Resultados:** se describen los 29 casos encontrados clasificándolos en base a la tumoración primaria, siendo el carcinoma de mama el de mayor frecuencia con 6 casos, seguida del adenocarcinoma de pulmón con 5 y carcinoma de células renales, melanoma y carcinoma de tubo digestivo respectivamente con 2 cada uno, carcinoma de glándula salival y adenocarcinoma de próstata con un caso respectivamente, por último se presentaron 10 casos en los cuales no se determinó el primario perteneciendo a este último grupo 3 carcinomas epidermoides, 2 con patrón papilar y el resto de particular patrón. **Conclusiones:** nuestros hallazgos van de acuerdo a los reportes de la literatura mundial, donde se refiere que los principales carcinomas metastásicos hacia sistema nervioso central se encuentran el adenocarcinoma de mama; en el caso de la mujer y de pulmón; en el caso de los hombres tan sólo estas dos entidades comprenden más del 50% de las lesiones metastásicas, siendo los restantes más frecuentes melanoma y carcinoma de células renales

REFERENCIA

1. Schouten LJ, Rutten J, Huvneers HA, et al. Incidence of brain metastases in a cohort of patients with carcinoma of the breast, colon, kidney, and

lung and melanoma. Cancer 2002; 94(10):2698.

Neoplasias urológicas primarias múltiples: adenocarcinoma prostático, papiloma urotelial invertido y carcinoma neuroendocrino de células grandes de vejiga. Reporte de un caso

Marco Aurelio González Romo, Alfonso de Silva Gutiérrez, Fredy Chablé Montero, Daniel Montante Montes de Oca

* Patología Diagnóstica, Villahermosa Tabasco

** Servicio de Urología, Hospital Ángeles, Villahermosa, Tabasco

*** Departamento de Patología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Antecedentes: las neoplasias malignas múltiples son raras y en el sistema urinario se han reportado menos de 20. El tabaquismo y la exposición a radiaciones son factores etiológicos conocidos en este tipo de neoplasias.

Presentación del caso: hombre de 69 años. Seis años antes se le realizó biopsia prostática por elevación de APE. Estas mostraron un adenocarcinoma con patrones de Gleason 4+3. Recibió tratamiento con bloqueo hormonal con excelente control de la enfermedad. En el mismo año, una cistoscopia mostró una lesión polipoide, pediculada y pequeña. La neoplasia estaba constituida por una proliferación endofítica de epitelio transicional benigno en nidos y trabéculas anastomosantes, cubierta por urotelio normal. Actualmente, inició con síndrome urinario irritativo bajo persistente. En estudios de imagen se identificó un nódulo en piso y cara lateral derecha de vejiga, el cual se

reseccó. Se observó una neoplasia organizada en trabéculas y grupos organoides de células monótonas de tamaño mediano, con moderada cantidad de citoplasma, con núcleos esféricos de cromatina fina y mitosis frecuentes. El tumor infiltraba al músculo liso de la muscular propia y la lamina propia, respetando el urotelio superficial. La neoplasia fue positiva para cromogranina, sinaptofisina y citoqueratina AE1&AE3, y negativa para APE. **Comentario:** los casos de triples neoplasias urogenitales son raros, siendo la combinación más frecuente tumores sincrónicos de tipo epitelial (renal, vesical y prostático). La mayoría de los casos han sido reportados en las zonas de explosión de las bombas atómicas en Japón. Nuestro caso expone un paciente con tumores metacrónicos de diferente estirpe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arian-Sengul C, Pehlivan Y, Sevinc A, et al. A case of metachronous triple urogenital cancer: urinary bladder, prostate and renal cancer. *Onkologie* 2009;32(3):122-4.
2. Funahashi Y, Kamihira O, Kasugai S, et al. Triple cancer in the urinary system: a case report. *Hinyokika Kyo* 2007; 53(11):813-5.
3. Takada T, Honda M, Momohara C, et al. Synchronous triple urogenital cancer (renal cancer, bladder cancer, prostatic cancer): a case report. *Hinyokika Kyo* 2002; 48(4):239-42.

Neoplasias no epiteliales de glándulas salivales mayores

Edmundo Santos Jaimes, Ana María Cano Valdez, Hugo R. Domínguez Malagón, Esther González Conde, Ana Graciela Puebla Mora, Daniel Miramontes Acevedo

Facultad de Odontología, UNAM; Instituto Nacional de Cancerología

Antecedentes: los tumores de glándula salival constituyen el 6% de neoplasias de la región de cabeza y cuello, la mayoría de ellos (92%) son de origen epitelial. Los tumores hematolinfoides y mesenquimatosos son aún más raros, representan del 7-8% de neoplasias de glándula salival. En el presente trabajo se presentan las características clínico-patológicas de 42 pacientes con neoplasias primarias no epiteliales de glándula salival tratados en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) durante un periodo de 10 años (1998 a 2008). **Objetivos:** a) identificar los casos de neoplasias no epiteliales de glándula salival diagnosticados durante 1998-2008 en el Instituto Nacional de Cancerología de México. b) Conocer las características clínico-patológicas de los pacientes con neoplasias no epiteliales de glándula salival. **Material y métodos:** se revisaron los archivos de Patología Quirúrgica del INCan. Se identificaron los pacientes con neoplasias de glándula salival y se seleccionaron los casos diagnosticados como tumores no epiteliales y se agruparon en: 1) hematolinfoides y 2) mesenquimatosos. Se analizaron los cortes histológicos y se obtuvieron los datos pertinentes de los expedientes clínicos. El diagnóstico histológico se confirmó mediante estudios de inmunohistoquímica utilizando macroarreglos tisulares ("microchops"). Se diseñó un panel específico de anticuerpos para cada grupo. **Resultados:** se identificaron 632 pacientes con tumores de glándula salival, de los cuales 40 (6.3%) correspondieron a

pacientes con neoplasias primarias no epiteliales, 27 ocurrieron en mujeres y 13 en hombres, con una media de edad de 55 años. La localización más frecuente fue la glándula parótida (32/43, 74%). 28 casos (65%) correspondieron al primer grupo, la variante más común fue el linfoma B extranodal de la zona marginal (50%), seguido por: linfoma B difuso de células grandes (35%), linfoma folicular (7%) y linfoma de células del manto (3.5%). Se encontró además un caso de histiocitosis de células de Langerhans (3.5%). En el segundo grupo se documentaron 12 casos, 8 neoplasias benignas (1 neurotecoma, 1 lipoma, 1 fibromixolipoma, 1 hemangioma cavernoso, 1 tumor fibroso solitario y 1 schwannoma) y 4 malignas (2 sarcomas neurogénicos, 1 angiosarcoma epiteloide y 1 dermatofibrosarcoma protuberans).

Conclusiones: las neoplasias no epiteliales de glándula salival son raras y comprenden una variedad muy amplia, frecuentemente requieren estudios de inmunohistoquímica para clasificarlas correctamente y representan un dilema diagnóstico. Es necesario considerarlas en el diagnóstico diferencial debido a que el comportamiento clínico es diferente al de la mayoría de tumores epiteliales. Los hallazgos de nuestra serie concuerdan con los previamente descritos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gnepp DR. Soft tissue tumours: Tumours of salivary glands, World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. IARC Press: Lyon 2005;3:275-6.
2. Chan ACL, Chan JKC, Abbondanzo SL. Haematolymphoid tumours: World

Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press, 2005;3:277-80.

3. Takahama JA, Esquiche J, Paes de Almeida O, Kowalski LP. Nonlymphoid mesenchymal tumours of the parotid gland. Oral Oncol 2007;12:009.
4. Cho KJ, Ro JY, Choi J, Choi SH. Mesenchymal neoplasm of the major salivary glands: clinicopathological features of 18 cases. Eur Arch Otorhinolaryngol 2007 DOI 10.1007/s00405-007-0488-5.
5. Ellis GL. Lymphoid lesions of salivary glands: malignant and benign. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;1;12(7):E479-85.
6. Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and genetics of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. 2001IARC Press: Lyon.
7. Fernández PL, Nayach I, Fernández E, Fresno L, et al. Tissue microarrays ("microchops") for gene expression analysis. Virchows Arch 2001;438:591-4.

Neoplasias quísticas del páncreas. Características clínico-patológicas de cinco casos

Karen Arispe Angulo, Daniel Montante Montes de Oca, Arturo Angeles Angeles, Francisco Llamas, Claudia Caro, Saúl Lino, Mónica Chapa

Departamentos de Anatomía Patológica y Radiología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Los tumores quísticos del páncreas son poco frecuentes; se dividen en serosos y mucinosos, estos últimos se caracterizan por tener un potencial maligno.² La incidencia de las neoplasias mucinosas papilares intraductales (NMPI) es del 5%, histológicamente se dividen en: foveolar, intestinal, pancreatobiliar y oncocítico. Las neoplasias quísticas mucinosas (NQM) tienen estroma

similar a ovario y a diferencia de las NMPI no se comunican con el conducto pancreático.¹ Los cistadenomas serosos (CS) representan el 1-2 % de las neoplasias exócrinas del páncreas y la mayoría son benignos.³

Comentario: la supervivencia a 5 años de las NMPI es mayor al 70% y disminuye a 36% cuando existe un componente invasor. En la presente serie el diagnóstico se realizó por estudios de imagen y en dos casos se corroboró por estudio citológico. Otros hallazgos poco usuales observados fueron la combinación de fenotipos dentro de la misma NMPI (pancreatobiliar y oncocítico)¹ y la coexistencia de metástasis de carcinoma renal a cola de páncreas adyacente a NMPI.

REFERENCIAS

1. Basturk O, Coban I, Adsay V. Pancreatic cyst. Arch Pathol Lab Med 2009;133:423-38.
2. Adsay V. Cystic neoplasia of the pancreas: Pathology and Biology. J Gastrointest Surg 2008;12:401-4.
3. Yasuhara Y, et al. Serosus microcystic adenoma of the pancreas: study of 11 cases showing clinicopathological and immunohistochemical correlations. Pathol Int 2002;52:307-12.
4. Wente M, et al. Renal cancer cell metastasis into the pancreas: A single center experience and overview of the literature. Pancreas 2005;30:218-22.

Neuroblastoma olfatorio, presentación de 4 casos, revisión de 10 años en UMAE HE CMNO IMSS Jalisco

Celestina Menchaca Cervantes, Teresita Plascencia Ortiz

Antecedentes: tumor neuroectodérmico maligno constituido por elementos neuroepiteliales de la membrana olfatoria del tracto sino-

Caso	Edad / sexo	Síntomas	Diagnóstico	Localización	Evolución
1	65/M	Dolor abdominal, antecedente de carcinoma renal en 2008	NMPI con microinvasión y carcinoma renal metastásico	Cabeza y cola	VSE
2	72/F	Síntomas abdominales, pérdida de peso	Carcinoma mucinoso papilar intra-ductal microinvasor	Cabeza	VSE
3	73/F	Dolor abdominal	NQM	Cola	VSE
4	72/F	Hallazgo incidental	CS	Cola	VSE
5	78/F	Síntomas abdominales	CS	Cola	VSE

VSE: vivo sin enfermedad.

nasal, de etiología aún desconocida. Descrito en 1914 en Francia; representa el 2-3% de los tumores del tracto sinonasal. **Objetivo:** revisión de 4 casos reportados como estesi-neuroblastoma del año 1998 al 2008 tomados de los archivos del Departamento de Anatomía Patológica.

Material y métodos: se revisaron cuatro casos de neuroblastoma olfatorio, los cuales se presentaron dentro de las edades y con sintomatología citadas por la literatura, fueron constatados mediante técnicas histológicas y de inmunohistoquímica con positividad para proteína S100, NSE, cromogranina, sinaptofisina y vimentina; con negatividad para HMB45, queratina y CD45. **Resultados:** en la literatura consultada se refieren como neoplasias poco comunes, se aplica a los casos revisados en el periodo citado; y a la vez se hace hincapié en la necesidad de confirmar los diagnósticos mediante el apoyo de técnicas especiales (inmunohistoquímica).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sternbergs Diagnostic Surgical Pathology.
2. Mills SE. Pathology and genetics head and neck tumours.
3. World Health Organization Classification of Tumours. Esthesioneuroblastoma: e Medicine oncology. Aug 11 2006.

Osteomielitis tuberculosa del radio y revisión de la literatura

Román Morales Sánchez, Roberto Martínez Nava, José Antonio Girón Hernández

La incidencia de la tuberculosis en los adultos y niños ha aumentado recientemente. La tuberculosis ósea representa el 10% de las formas extrapulmonares y la afección vertebral es la más frecuente. Presentación de un caso: niño de 2 años con aumento de volumen a nivel del tercio distal del antebrazo izquierdo manejado inicialmente como fractura, posteriormente, se agrega eritema y salida de material purulento. La placa simple muestra lesión osteolítica en metafisis del radio izquierdo. Se procede a realizar biopsia de la lesión. El objetivo de nuestro trabajo es presentar las características clínico-patológicas de un caso de osteomielitis ósea localizada en radio sin afectación pulmonar previa. Se recibieron múltiples fragmentos de tejido fibroóseo, producto de legrado óseo, se realizaron cortes histológicos para teñir con hematoxilina eosina, los cuales demostraron extensa reacción granulomatosa con algunos fragmentos óseos compactos inmersos, acompañado de células gigantes de tipo Langhans. Se rea-

lizaron tinciones especiales de PAS y Zielh-Neelsen, siendo esta última positiva para bacilos ácido-alcohol-resistentes. En la actualidad, la tuberculosis ha retomado su importancia debido a la pandemia de SIDA, la forma extrapulmonar es la menos frecuente; sin embargo, en un estudio de los casos de tuberculosis osteoarticular realizado durante cuatro años, demuestra que el sitio más frecuente de localización es la columnar vertebral en 40% seguida de las articulaciones de la cadera o la rodilla. En conclusión debido a que la tuberculosis osteoarticular es poco frecuente, el presente caso pretende dar a conocer las características clínico-patológicas e incluirlo en el diagnóstico diferencial de las lesiones osteolíticas en la edad pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. J Bone Joint Surg Am 1996;78: 288.
2. Farer LS, Lowell AM, Meador MP. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. Am J Epidemiol 1979;109:205-17.
3. McLellan DGJ, Philips KB, Corbett CE, Bronze MS. Sternal osteomyelitis caused by *Mycobacterium tuberculosis*. Case report and review of literature. Am J Med Sci 2000;319:250-4.

Osteosarcoma, hallazgos histopatológicos de 24 casos. Estudio retrospectivo de 5 años

Dulce María Isabel Mendiola Quintana, Gerónimo Martín Tavares Macías

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Antecedentes: los osteosarcomas son los tumores malignos primarios de hueso más comunes con una incidencia estimada en 4-5/millón de personas, sin predominio en grupo étnico o raza. Son generalmente enfermedad de personas jóvenes se presentan frecuentemente en la 2da década de la vida, aproximadamente el 60% son menores de 25 años. El sexo masculino se afecta más frecuentemente con una relación de 3 a 2. **Objetivo:** describir los hallazgos histopatológicos de los osteosarcomas estudiados en un periodo de 5 años en nuestro Servicio. **Material y métodos:** se revisaron nuestros archivos en busca de casos con diagnóstico histológico de osteosarcoma en material de revisión de laminillas, biopsias incisionales, especímenes de resección en bloque y amputaciones, en el periodo comprendido entre enero 2004 a diciembre 2008, obteniendo en cada caso la edad, sexo, localización de la lesión, signos y síntomas referidos en la solicitud de envío. Los hallazgos histopatológicos macros y microscópicos investigados fueron: tamaño tumoral, localización del tumor, tipo histológico, grado de diferenciación, número de mitosis, presencia de miosis atípicas, permeación vascular intratumoral, necrosis, hemorragia y la presencia de infiltración a tejidos

blandos. **Resultados:** se encontraron 24 casos de osteosarcomas. Los 24 casos correspondieron sólo a osteosarcomas de hueso. De los cuales 16 casos fueron biopsias incisionales, 2 casos en material de revisión de laminillas, y 6 casos correspondieron a amputaciones. 14 se presentaron en hombres, y 10 casos en mujeres, la edad promedio fue 14 años. La localización: 10 fueron en fémur (90% en tercio distal, 10% en diáfisis) 6 en húmero, 100% en el tercio proximal, 2 en la tibia, 100% tercio proximal, 1 caso en la mandíbula, y 1 en el peroné proximal. Se observaron los siguientes patrones: osteoblástico en 24 casos, siendo el patrón dominante en 17 de ellos (70%), condroblástico en 7 casos, siendo el patrón dominante en uno, telangiectásico en 5 casos, fibroblástico en 4 casos y células gigantes tipo osteoclasto en 2 casos. El grado de diferenciación del patrón osteoblástico fue en 20 de los 24 casos (83.3%) pobremente diferenciado, 2 moderado y 2 bien diferenciados. Mitosis de 7 x 10csf en promedio y atípicas en 66%. La permeación vascular se encontró en 19 de 24 casos (79.16%). La hemorragia en 8 de 24 casos. La necrosis en 15 de 24 casos (62.5%) y por último se observó invasión a los tejidos blandos vecinos en 6 de 24 casos. **Discusión:** los hallazgos clínicos, macros y microscópicos encontrados en nuestra revisión son similares a los mostrados en la literatura. El sexo masculino mostró una relación de 1.4:1, la edad de presentación más común fue la 2da década. El 50% de los casos se presentaron en la región de la rodilla (tercio distal de fémur y tercio proximal de tibia y peroné). El tipo histológico predominante fue el osteoblástico en 70%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am JSP 2009;31(4):245-51.
2. J Clin Oncol 1999;17(9):2781-8.
3. Pathology and genetic of tumors of soft tissue and bone. WHO 2002.

Paraganglioma vesical (presentación de un caso en adolescente de 16 años de edad)

Edgar Pardo Castillo, Sergio Sánchez Sosa, Nina Paola Ríos Luna, Mariana Fuertes Camilo, Andrés Martínez Pérez

En 1953, Zimmerman y col. describen por primera vez el paraganglioma vesical, siendo una neoplasia que corresponde al 0.06 al 1% de los tumores vesicales. Hasta el momento se han reportado en la literatura mundial un total de 200 casos y sólo 10 casos en pacientes menores de 20 años de edad. **Presentación del caso:** mujer de 16 años de edad que inició subitamente con hematuria macroscópica, anemia normocítica normocrómica. Se realizó estudio de ultrasonografía y citoscopia de urgencia más resección transuretral de masa polipoide intravesical. En vejiga se observó una neoplasia que invade la pared muscular vesical, conformada por células principales (tipo 1) y sustentaculares (tipo 2), dispuestas en un patrón organoide. Los estudios de inmunohistoquímica: CD 56 +, cromogranina +, sinaptofisina + y proteína S100 +; CK 7 -, CK 20 -.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chao-Jung Wei and col. Malignant paraganglioma of urinary bladder: A case report Department of Radiology, Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taipei. Chin J Radiol 2001;26:233-6.

2. Cheng L and col. Paraganglioma of the urinary bladder: can biologic potential be predicted? *Cancer* 2000;88(4):844-52.
3. Kumar GS, Kathiresan N, Satheesan B. Non-functioning "malignant" paraganglioma of the urinary bladder. *Int J Surg* 2008;15.

Paragangliomas de la vejiga urinaria

Francisco Ramos Solano, Guadalupe Minerva Rangel Díaz

Antecedentes: Zimmerman reportó en 1953 el primer caso de paraganglioma de la vejiga urinaria (PVU).¹ Es un tumor infrecuente, con una incidencia de 0.06-0.10%. Predomina en el sexo femenino, con un rango de edad de 10-98 años. Hay algunos criterios histológicos para determinar si es benigno o maligno.² **Objetivo:** reporte de dos casos y revisión de la literatura. **Material y métodos:** en el departamento de anatomía patológica de CMNO UMAE se revisaron 436 casos de tumores de la vejiga urinaria, del año 1999 al 2008. Recabando laminillas (HE) y bloques de parafina, siendo analizados por un patólogo con amplia experiencia en patología urinaria. Dos casos presentaron hallazgos histológicos de PVU, siendo analizados con marcadores inmunohistoquímicos y ME. **Resultados:** macroscópicamente se observaron tumores de aspecto vascularizado, bien delimitados. Los cortes histológicos mostraron neoplasias conformas por células dispuestas, en nidos, en patrón de "Zellbalen", con abundantes vasos sanguíneos. Núcleos de redondos a ovals con variación en el tamaño, citoplasma abundante, granular fino. No se observaron mitosis ni permeación vascular o necrosis.

Uno de los tumores con infiltración al musculo detrusor. La inmunohistoquímica con positividad para cromogranina, NSE y sinaptofisina. Negatividad para CK20, CK7, KER y VIM. Ultraestructuralmente presenta gránulos neurosecretorios con mitocondrias prominentes. **Conclusiones:** el paraganglioma de la vejiga urinaria es muy raro. La mayoría de los casos son benignos. La importancia del diagnóstico radica en que puede ser confundido clínica y patológicamente con un carcinoma de células uroteliales, sobre todo aquellos casos que infiltran al músculo detrusor. La inmunohistoquímica y la microscopia electrónica son de utilidad para el diagnóstico diferencial.

REFERENCIAS

1. Paraganglioma of the urinary bladder. Liang Cheng. *Cancer* February 15, 2000;88(4):844-52.
2. Pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs. OMS, 2004;pp:136-7.

Lesiones más frecuentes de las glándulas salivales mayores, revisión de casos del 2004-2009 del Centro Médico de Occidente

Francisco Alvarado Astorga, Efraín Rodríguez, Clara Eugenia Moreno Ramírez

Antecedentes: pocos trabajos combinan la casuística de lesiones inflamatorias y tumorales en un mismo análisis. Según la OMS la incidencia de estas neoplasias es de 0.4-13.5 casos por cada 100,000 habitantes. Se conoce una variación geográfica en la frecuencia de este tipo de tumores, mientras que paí-

ses nórdicos mencionan al tumor de Warthin responsable del 30% de todos los tumores, series latinoamericanas refieren al adenoma pleomorfo en un 71%. **Objetivo:** describir las lesiones mas frecuentemente diagnosticadas en el departamento de anatomía patológica del Centro Médico de Occidente. **Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de los diagnósticos reportados más frecuentemente en muestras enviadas al servicio de anatomía patológica de esta unidad, entre los años 2004-2008, agrupando los resultados por sexo y diagnóstico. **Resultados:** se estudiaron en total 75 casos de los cuales 60% fueron mujeres y 40% hombres, la edad promedio fue de 46.8. El grupo de patologías más frecuentes fue la neoplásica con 47 casos (62.7%). El adenoma pleomorfo fue el tumor benigno más diagnosticado, mientras que entre las neoplasias malignas el carcinoma acinar y el linfoma no Hodgkin fueron los más frecuentes. Las patologías inflamatorias correspondieron al 37.3% del total de casos. **Conclusiones:** la edad de aparición de las neoplasias benignas fue de 51.2 años, mientras que en las malignas fue de 45.8 años, distinto a los 46 y 47 años que describe la OMS. En tanto las lesiones inflamatorias el 70% correspondió a sialoadenitis crónica, muy por arriba de algunas series latinoamericanas. No estamos exentos de la variabilidad geográfica de las lesiones de glándula salival.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnes L, Eveson JW, editors. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and genetics of head and neck tumors. Lyon: IARC Press, 2005.

Pentalogía de Cantrell. Reporte de un caso de autopsia

María del Rocío González, María Guadalupe Canchola, Víctor Martínez, Felipe de Jesús Cerda

Pentalogía de Cantrell, síndrome raro, descrito en 1958 por Cantrell y col. Caracterizado por defecto de la parte baja del esternón (onfalocele), defecto diafragmático anterior, defecto del pericardio diafragmático, anomalía intracardiaca (CIV, CIA, estenosis pulmonar, tetralogía de Fallot). Afecta a 5.5 infantes por un millón de nacimientos. Son más afectados los varones 2:1. Asociado a trisomía 18. **Presentación del caso:** autopsia de femenino de 5 días de edad con pentalogía de Cantrell. Se realiza autopsia con los siguientes hallazgos: cráneo braquicéfalo, hipertricosis, físuras palpebrales horizontalizadas, micrognatia, pabellones auriculares implantación ligeramente baja, cuello corto y alado, tórax simétrico y angosto, abdomen: onfalocele alto a nivel de apéndice xifoides, se observan intestinos, hígado y cara diafragmática del miocardio a través de la piel, misma que es hiperpigmentada, el muñón umbilical con relación arteria/vena 1:1. Corazón: trasposición de grandes vasos, hipoplasia ventricular y auricular izquierdos, CIV, CIA y atresia pulmonar. Intestino delgado: 2 perforaciones y salida de meconio. La pentalogía de Cantrell es un síndrome raro. Con reporte de pocos casos. El género más afectado es el masculino, con una sobrevivida de 48 horas. Esta patología es incompatible con la vida debido a las alteraciones cardíacas que presenta. Todas las anomalías son macroscópicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. J Perinat 2001;21:147-9.
2. Turkish J Ped 2003;45:357-8.
3. Arch Car Mex 2006;26(2):202-7.
4. MedULA 2004;13.
5. IJMS 2007;32(1).
6. IJTCVS 2005;21:283-4.

PNET/sarcoma de Ewing intra y extracraneal con patrones histológicos diversos en paciente de 4 meses de edad; informe de un caso

Jaime Enrique Martínez Mendoza, Ezequiel Vélez Gómez

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

Como sarcoma de Ewing (ES) se incluye a un grupo heterogéneo de neoplasias de células redondas pequeñas de localizaciones anatómicas muy diversas, no se trata de un solo tipo de tumor, sino una familia de neoplasias, todas indiferenciadas con expresión fenotípica múltiple. Podemos distinguir los siguientes variedades histológicas: ES clásico (convencional), ES atípico: (células grandes, células claras, diferenciación neuroectodérmica, neuroepitelioma periférico (pPNET), ES con diferenciación vascular o endotelial, además de tipos de sarcomas primitivos de hueso con presencia de elementos mixtos. Se sabe poco sobre factores etiológicos relacionados a estos tumores, tiende a producirse en los huesos largos de jóvenes en la fase de mayor crecimiento (segunda década de la vida), es infrecuente por bajo de los 4 años, se han documentado al mes de nacimiento, no existe agregación familiar aunque ha sido descrito en gemelos, no se han podido relacionar con irradiación médica y ambiental o

factores relacionados con el trabajo paterno o materno. Ninguna enfermedad genética conocida predisponente al cáncer en la infancia aparecen relacionadas con el sarcoma de Ewing, la raza negra presenta disminución de estos sarcomas, la localización mas frecuente en series de casos fueron los huesos largos (48%) de los cuales el 26% en las extremidades distales, 45% de pacientes tenían tumores en el tronco con 20% de localización costal y vertebral y un 25% con localización primaria en pelvis. Casos con multicentricidad (o metástasis óseas) en el 7%. Presentación del caso: paciente de cuatro meses de edad con tumoración en la cara posterior del cuello con predominio derecho, radiológicamente quístico, multiseptado, infiltrante, extendido en sentido craneal e invadiendo base del cráneo derecho con infiltración a estroma cerebeloso que comprime cuarto ventrículo y cisternas de la base condicionando dilatación del sistema ventricular supratentorial e infiltra músculos posteriores del cuello. Recibimos tumoración de 5x3cm, lobulada de superficie irregular, al corte presenta cavidades quísticas con líquido claro y zonas sólidas. Se concluye un PNET/sarcoma de Ewing intra y extracraneal con varios patrones histológicos de zonas bien definidas; áreas fusiformes con aspecto sarcomatoide, áreas de células pequeñas sólidas, áreas con patrón peritelial y quístico epitelioides con necrosis del 10%, vimentina, enolasa, S-100 y CD-99 positivos, keratina EMA y miogenina negativos. Se trata de una tumoración en una localización poco usual, a una edad de aparición muy temprana y con presencia de patrones histológicos

atípicos, por lo que el pronóstico y comportamiento es incierto para este tumor en particular. Este caso puede ser un referente en este grupo de neoplasias y ejemplifica claramente la variedad en el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weiss WS. Enzinger & Weiss's soft tissue tumors, fifth edition, 2008.
2. Silverberg SG, DeLellis RA. Surgical pathology and cytopathology, 4th ed. Churchill Livingstone Elsevier.
3. Bosch LA, IV congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica Conferencia: "Sarcoma de ewing y tumor neuroectodermico primitivo periferico de hueso y partes blandas." <http://conganat.uninet.edu/IVCVHAP/CONFERENCIAS/LIombart/index.html>
4. Nascimento AG, Unni KK, Pritchard DJ, Cooper KL, Dahlin DC. A clinicopathologic study of 20 cases of large-cell (atypical) Ewing's sarcoma of bone. Am J Surg Pathol 1980;4:29-36.
5. Parham DM, Dias P, Kelly DR, Rutledge JC, Houghton P. Desmin positivity in primitive neuroectodermal tumors of childhood. Am J Surg Pathol 1992;16:483-92.

Protothecosis diseminada. Reporte del segundo caso pediátrico en México

Jesús González Guzmán Nadia J Gómez Hernández, María Concepción Tello Zavala

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

Antecedentes: 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 ole-

cranón y diseminada. **Presentación del caso:** 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, escamosa 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 cáncer. 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.

Quiste epidérmico de inclusión intraóseo: reporte de un caso

Ana María Cano Valdez, Daniel Miramontes Acevedo

Caso 1. Masculino de 32 años de edad sin antecedentes patológicos de relevancia. Su padecimiento actual

inicia hace 2 años con aumento de volumen progresivo de aproximadamente 2 cm de la parte distal del dedo anular izquierdo, no doloroso. Radiológicamente se observa lesión expansiva lítica que destruye la falange. Clínicamente se sospecha tumor de células gigantes y osteosarcoma. Por la destrucción de la falange y las posibilidades diagnósticas se decide desarticular el dedo. Se recibe en nuestro servicio 2/3 distales del dedo anular izquierdo, al corte la falange distal está sustituida por lesión quística bilocular de 1.2 x 1 x 1cm que contiene material blando y pastoso, la cortical tiene 0.1 cm de espesor, la lesión no afecta los tejidos blandos ni la falange media. Histológicamente se observa tejido óseo con una cavidad quística revestida por un epitelio estratificado escamoso queratinizado, con presencia de láminas de queratina hacia el interior de la cavidad. El quiste epidérmico de inclusión es el quiste cutáneo más común, frecuentemente localizados en cara, cuello, piel cabelluda y tronco.¹ Los quistes epidérmicos son proliferaciones de células epidérmicas dentro de la dermis o sin relación con ella, aparentemente por traumatismo.² Se les ha descrito en otras localizaciones como axila, mama y ano, posterior a procedimientos quirúrgicos como liposucción y hemorroidectomía.³⁻⁵ Es una lesión de lento crecimiento, se presenta en pacientes adultos con una edad media de 35 años y su tratamiento es quirúrgico, se han reportado en la línea media concretamente en vértebras invadiendo el canal medular y se cree que se origina de tejido ectodérmico durante el cierre del tubo neural.⁶ El quiste epidérmico de inclusión es una lesión benigna.

REFERENCIAS

1. Handa U, Kumar S, Mohan H. Aspiration cytology of epidermoid cyst of terminal phalanx. *Diagn Cytopathol* 2002;26(4):266-7.
2. Carmona FJ, Huerta JP, Toledo JH. Plantar epidermoid inclusion cyst as a possible cause of intractable plantar keratosis lesions. *J Am Podiatr Med Assoc* 2009;99(2):148-52.
3. De Nardi P, Corsetti M, Nicoletti R. Response to: 'First case of rectal inclusion cyst after stapled haemorrhoidopexy (PPH)'. *Colorectal Dis* 2008;10(7):733-4.
4. Herreros-Villaraviz M, Mallo-Alonso R, Santiago-Freijanes P, Díaz-Veiga MJ. Epidermal inclusion cysts of the breast. *Breast J* 2008;14(6):599-600.
5. Bechara FG, Sand M, Rotterdam S, Altmeyer P, Hoffmann K. Multiple epidermal inclusion cysts after axillary liposuction-curettage: a rare complication of a frequent procedure. *Int J Dermatol* 2008;47(11):1197-8.
6. Gonzalvo A, Hall N, McMahon JH, Fabinyi GC. Intramedullary spinal epidermoid cyst of the upper thoracic region. *J Clin Neurosci* 2009;16(1):142-4. Epub 2008 Nov 14.

Quiste hepático hidatídico. Presentación de dos casos y revisión de la literatura

Karen Arispe Angulo, A Fernández José A, Jazmín de Anda González
Departamento de Anatomía Patológica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

La hidatidosis hepática es causada por *Echinococcus granulosus*.^{1,2,3} Las oncosferas atraviesan la mucosa intestinal y son transportadas al hígado, donde forman quistes constituidos por una capa adventicia y otra germinativa. Posteriormente se originan larvas (proscólex) que forman la "arenilla hidatídica".^{1,2} Para su diagnóstico se utilizan USG y TAC,

cuyas imágenes son características.

Caso 1: mujer de 38 años, originaria del Estado de México. Inició con prurito generalizado, ictericia y coluria de 1 año y 6 meses de evolución. Exámenes de laboratorio: eosinofilia, hiperbilirrubinemia, niveles de transaminasas y fosfatasa alcalina normales. TAC: quiste hepático simple de 12.4 x 12 cm en segmento IV, V y VIII. El examen histopatológico mostró múltiples escólex en la pared del quiste. **Caso 2:** mujer de 14 años, originaria de Chihuahua, presentó dolor abdominal de inicio súbito en hipocondrio derecho e ictericia. Se encontró hiperbilirrubinemia, con transaminasas normales. Por USG: quiste hepático simple de 7.2 x 6.9 cm. En el estudio histopatológico se observó un quiste hidatídico.

Comentario: la hidatidosis hepática tiene una prevalencia de 1-200 por 100,000 habitantes.¹ Los pacientes permanecen asintomáticos hasta que los quistes alcanzan gran tamaño. El tratamiento es la resección total del quiste y albendazol.² Las complicaciones se presentan en 1 al 7.5% de los casos y son: choque anafiláctico secundario a la ruptura espontánea o traumática del quiste, fístula biliar y abscesos abdominales.^{1,2} En ambos casos la presentación clínica y exámenes de laboratorio fueron diferentes. Se realizó la resección de los quistes y hasta el momento no se presentaron complicaciones.

REFERENCIAS

1. Priego P, Nuño J, López Hervás P, et al. Hepatic hydatidosis: 22 years of experience. *Rev Esp Enferm Dig* 2008;100(2):82-85.
2. Zubiaurre L, Oyarzabal I, Beguiristain A. Shock anafiláctico en paciente con

quiste hidatídico. *Rev Esp Enferm Dig* 2005;97(11):839-49.

3. Zubiaurre L, Oyarzabal I, Ruiz I, Guisasola E. Fístula de quiste hepático hidatídico a vena porta. *Gastroenterol Hepatol* 2006;29(7):405-8.

Quiste hidatídico como hallazgo incidental en colecistectomía abierta.

Informe de caso

César Godoy Valdés, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Cuauhtémoc Oros Ovalle, Joel Rodríguez Llerenas, Lidia Montes Rivera, Jesús González Guzmán, María Guadalupe Cruz Rubio, Francisco Israel Gaitán Gaona, Karla Quintero Meza, Rogelio Berber Román, Ixchel Anic Zaragoza Serna

Mujer de 55 años habitante de medio suburbano, con antecedente de convivencia con animales (cánidos y gallináceas) que presentó cuadro de tres días de evolución con dolor abdominal agudo, caracterizado por epigastralgia intensa tipo cólico, náusea y vómito de contenido gastrobiliar, se realizaron paraclínicos que aunados al cuadro clínico motivaron resolución quirúrgica. Se realizó colecistectomía abierta con exploración de vías biliares, se reporta hallazgo de "lesión hepática", misma que se envía al servicio de patología para su estudio. Se presenta caso de quiste hidatídico subclínico como hallazgo incidental. En patología se recibió estructura quística, previamente seccionada en dos, superficies interna y externa blanco perladas, lisas y brillosas. Histopatológicamente correspondió a un quiste hidatídico. La hidatidosis es una enfermedad provocada por larvas de *Echinococcus granulosus* (céstodos del filo de los platelmintos), los cuales pueden ser ingeridos de alimentos contami-

nados con los huevos embrionados del parásito. La hidatidosis sigue un ciclo relativamente complejo, con dos tipos de hospederos, uno definitivo en donde se encuentra la fase adulta y uno intermediario que alberga a la fase larvaria. El ciclo perro-oveja es el principal perpetuador y fuente de infección para el ser humano. El síntoma más visible de la hidatidosis es la formación de quistes, los cuales presentan una fase subclínica que puede durar muchos años, hasta que se presenta la sintomatología por efecto de masa o al liberarse el contenido del mismo dentro del organismo, causando choque anafiláctico. El principal medio diagnóstico es la imagenología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Larrieu E, Frider B, del Carpio M, Salvitti JC, et al. Asymptomatic carriers of hydatidosis: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Rev Panam Salud Publica* 2000;8(4):250-6.
2. Frider B, Larrieu E, Odriozola M. Long-term outcome of asymptomatic liver hydatidosis. *J Hepatol*. 1999;30(2):228-31.

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

María Victoria González Franco, Luis Angel Ceceñas Falcón, Oralia Barboza Quintana, Marco Antonio Ponce Camacho, Jesús Ancer Rodríguez

Antecedentes: 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 contri-

butorios 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 más 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 anatómopatológicos. **Material y métodos:** se revisaron los protocolos de autopsias realizadas en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González y las clasificamos de acuerdo con sus diagnósticos principales, causa de muerte, edad y sexo de los pacientes, departamento solicitante del estudio y horas post-mortem. Comparamos los diagnósticos anatómopatológicos finales con los diagnósticos clínicos, estableciendo el porcentaje de diagnósticos concordantes e identificando las entidades patológicas más frecuentes. **Resultados:** se realizaron un total de 415 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%. Del total de autopsias que sí tuvieron concordancia clínico patológica, las entidades patológicas más 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%, enf. crónico degenerativas 1.96% y otras causas el 19.6%. **Conclusiones:** se realizaron un total de 415 autopsias en un periodo de 5 años, 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.

Informe de rinoscleroma en un paciente pediátrico

María Guadalupe Cruz Rubio, Reynaldo Falcón Escobedo, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Francisco Israel Gaitán Gaona

Departamento de Patología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí

Niño de 7 años, que presentó "molestias para respirar", de 8 meses de evolución. A la exploración se encontró lesión que obstruía el 80% de la narina izquierda. En la tomografía se observó obliteración parcial de celdillas etmoidales por aumento de la mucosa a nivel del cornete anterior (compatible con proceso inflamatorio infeccioso). Se realizó exenteración de la lesión. Se comunica un caso poco frecuente en niños, de patología de la cavidad nasal. Macroscópicamente se recibió lesión polipoide de 1.5 x 1 x 0.5cm, café amarillenta, al corte es blanquecina. Histológicamente se observó infiltrado inflamatorio, predominantemente mononuclear y rico en células plasmáticas, granulomas, células gigantes y células de Mikulicz, Las tinciones de PAS y Warthin

Starry fueron positivas. Diagnóstico: rinoscleroma en fosa nasal izquierda. El rinoscleroma es una infección crónica granulomatosa, causada por *Klebsiella rhinoscleromatis*, que afecta el tracto respiratorio, el principal sitio de afección es la cavidad nasal. Comprendiendo además piel, hueso y cartílago con características deformantes. Hasta la fecha se han informado 20,000 casos. La edad de presentación es de 5-72 años, con una media de 35 años. En la literatura sólo se han referido 9 casos en niños. Puede ser diagnosticada erróneamente como leishmaniasis mucocutánea, lepra, paracoccidiodiomycosis, rhinosporidiosis, sífilis terciaria o incluso neoplasias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clin Infect Dis 2008;47:1396-402.
2. Rev Inst Med Trop S Paulo 2006;48(5):295-9.
3. J Laryngol & Otolary 2007;121:998-1002.
4. Can Respir J 2005;12(1):43-45.
5. Pediatr Dermatol 2004;21(2):134-8.

Expresión de proteína s100a4 en atipia reactiva y displasia de alto grado/carcinoma *in situ* de la vesícula biliar

David de Jesús Moran Portela, Norma O Uribe Uribe, Jorge Albores Saavedra

Antecedentes: la proteína S100A4 pertenece a la familia de proteínas fijadoras de calcio. Carcinomas de próstata, colon, estómago, pulmón y páncreas expresan esta proteína. Huicong Zhao y col. demostraron que las lesiones displásicas de alto grado/carcinoma *in situ* de las vías biliares extrahepáticas expresan S100A4, pero no es expresada en lesiones

reactivas. **Objetivo:** confirmar la utilidad de la expresión de S100A4 en lesiones reactivas y displasia de alto grado/carcinoma *in situ* de la vesícula biliar; y determinar su sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Material y métodos: se revisó el archivo de patología quirúrgica del INCMNSZ de 2000 a 2007. Se revisaron las laminillas de los casos con lesiones benignas con atipia reactiva, así como casos con carcinoma *in situ* e invasor de la vesícula biliar. De los 26 casos seleccionados, 11 correspondieron a carcinoma invasor con áreas de displasia de alto grado/carcinoma *in situ* y 15 con atipia reactiva. Se realizaron inmunotinciones contra S100A4 (Dako, dilución 1:100-1:200) en cortes de vesícula biliar fijados en formol e incluidos en parafina. Mediante una tabla de 2 X 2 se determinaron sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN). Se realizó prueba exacta de Fisher. **Resultados:** dos de los 11 casos de displasia de alto grado/carcinoma *in situ* y 5 de los 15 casos de atipia reactiva expresaron S100A4. La sensibilidad fue de 18.2% y la especificidad fue de 66.2% VPP= 28.5, VPN= 52.6. La prueba de Fisher con un valor p = 0.658. **Conclusiones:** este estudio demuestra que la expresión de S100A4 no tiene utilidad en el diagnóstico diferencial de la displasia de alto grado/carcinoma *in situ* de la vesícula biliar, ya que es expresada también por la atipia reactiva.

BILIOGRAFÍA

1. Mazzuccelli L. Protein S100A4: too long overlooked by pathologist. Am J Pathol 2002;160(1):7-13

2. Zhao H, Davydova L, et al. S100A4 and mesothelin expression in dysplasia and carcinoma of the extrahepatic bile duct. Am J Clin Pathol 2007;127(3):374-9.
3. Nakamura T, Ajiki T, et al. Prognostic significance of S100A4 expression in gallbladder cancer. Int J Oncol 2002;20(5):937-41.

Sarcoma epitelioides en pulmón. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Iván Ramírez de la Rosa, Evelyn Cortés Gutiérrez, Gloria Villatoro Velázquez, Nelly Cruz Viruel, Blanca García Aguilar, Oscar Sánchez Gutiérrez, Edith Jacqueline Fajardo Amaro, Abigail Pimentel Carranza
Hospital Juárez de México

El sarcoma epitelioides se localiza principalmente en extremidades inferiores y superiores, sin embargo se han reportado otras localizaciones poco habituales como en pene, vulva, periné, cérvix, duramadre incluso pulmón y estos han sido reporte de casos. La localización poco frecuente en pulmón hace sospechar otras etiologías tanto neoplásicas como infecciosas. Se comunica un caso de sarcoma epitelioides de localización poco habitual. **Presentación del caso:** hombre de 56 años con dolor torácico de 2 meses de evolución en hemitórax derecho con tos disneizante, expectoración con estrías sanguinolentas. TAC: derrame pleural derecho con engrosamiento trabecular y área de condensación pulmonar parahiliar, se realiza toracotomía con toma de biopsia; hallazgos quirúrgicos: tumoración intratorácica adherida a pared y a pulmón derecho, friable. 4 días después fallece el paciente, se solicita necropsia sin autorizarla. Se recibieron varios fragmentos que

midieron en conjunto 9 x 6 cm. Histológicamente muestra nidos de células de medianas a grandes de aspecto epitelioide, citoplasma abundante, eosinófilo; el núcleo es pleomórfico con cromatina abierta y nucléolos prominentes, focalmente algunos nidos mostraron necrosis central. Inmunohistoquímicamente las células fueron positivas para CKAE1/3, EMA, vimentina y negativas para CD45, HMB-45, calretinina, TTF-1, CD31. El sarcoma epitelioide es una neoplasia maligna agresiva con histología e inmunofenotipo característico. El diagnóstico correcto de esta entidad en sitios poco habituales como este caso es importante porque puede confundirse con otras lesiones epitelioideas malignas menos agresivas e incluso benignas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ann Surg Oncol 2009;7(3):218-25.
2. J Thorac Oncol 2008;3:532-3.
3. Arch Pathol Lab Med 2009;133:814-9.
4. Am J Surg Pathol 2003;27(1):48-57.

Sarcoma pleomórfico indiferenciado con células gigantes de mama: reporte de dos casos

Marco Aurelio González Romo,* Fredy Chablé Montero,** Daniel Montante Montes de Oca,** Silvia Victoria Tovilla Muñoz,*** Oscar Manuel Garrido Palma,**** Sheila García Pinzón***

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

** Departamento de Patología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, DF

*** Departamento de Cirugía Oncológica y Oncología Médica del Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, Villahermosa-Tabasco

**** Departamento de Oncología del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Villahermosa-Tabasco

Antecedentes: los sarcomas primarios de mama son poco frecuentes y representan <1% de todas las neoplasias mamarias. El angiosarcoma es tipo más común. **Presentación de los casos:** *Caso 1:* mujer de 54 años con tumor mamario derecho recidivante. Se realizó mastectomía radical derecha que mostró un tumor de 5.8 x 4 cm, infiltrante, multinodular, blando y esponjoso color rojo oscuro con cavitaciones, que infiltraba y ulceraba la piel. Microscópicamente, constituido por células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto y células estromales fusiformes de núcleos ovales o alargados, con atipia acentuada, nucléolo evidente y mitosis frecuentes, sin metástasis ganglionares. Las células gigantes fueron positivas para CD68 y las células estromales para vimentina y p53. Actualmente paciente en tratamiento con radioterapia. *Caso 2:* mujer de 47 años con tumor en mama derecha inicialmente diagnosticado como carcinoma ductal en BAAF. Se realizó mastectomía simple que mostró un tumor de 8 x 5 cm, quístico, multilocular, con necrosis y hemorragia. Histológicamente, compuesto por células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto y células estromales poligonales de núcleos irregulares, con atipia moderada, nucléolo evidente y mitosis frecuentes. La neoplasia mostró el

mismo inmunofenotipo del caso 1. La disección axilar complementaria mostró metástasis en 2/12 ganglios linfáticos. La paciente recibió radioterapia y se perdió del seguimiento clínico. En ambos casos se descartó carcinoma metaplásico. **Comentario:** los sarcomas pleomórficos indiferenciados de la mama son tumores raros. Sólo 4 casos han sido informados y uno de ellos se asoció con implante mamario. Es necesario un muestreo extenso para descartar carcinomas metaplásicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lucas JG, Sharma HM, O'Toole RV. Unusual giant cell tumor arising in a male breast. Hum Pathol 1981;12(9):840-4.
2. Fukunaga M. Giant cell tumor of the breast. Virchows Arch 2002;441(1):93-95.
3. May SA, Deavers MT, Resetskova E, et al. Giant cell tumor of soft tissue arising in breast. Ann Diagn Pathol 2007;11:345-9.
4. Balzer BL, Weiss SW. Do biomaterials cause implant-associated mesenchymal tumors of the breast? Analysis of 8 new cases and review of the literature. Hum Pathol 2009.

Schwannomatosis retroperitoneal en una niña de 15 años con comportamiento clínico agresivo

Karina Chávez Luna, Eva López Pérez, Evelin Cortés Gutiérrez, Fabiola Elizabeth Rodríguez Ramírez, Edith Jaqueline Fajardo Amaro, Alberto de Montesino SamPedro, Gabriel Peñaloza González, Teresa Cuesta Mejías

El schwannoma se origina de las células de Schwann, con localización más frecuente en cabeza, cuello y superficies flexoras de las

extremidades, mientras que los de localizaciones profundas son más frecuentes en mediastino y retroperitoneo y tienden a ser de gran tamaño. Se describe un caso infrecuente de schwannomatosis retroperitoneal en niña de 15 años con comportamiento agresivo. Presentación del caso: mujer de 15 años con lumbalgia derecha de 3 años de evolución. Clínicamente con alteración de la sensibilidad superficial y profunda en hemicuerpo izquierdo. Por imagen se muestra lesión multinodular hipodensa de localización paravertebral de T2 a L1 con lesión del canal raquídeo y que desplaza al riñón derecho. Se realizó biopsia incisional y cirugía descompresiva posterior. Se realizó inmunomarcación con PS-100 y Ki 67. Histológicamente se identifica proliferación de células fusiformes con patrón Antoni A y Antoni B, así como áreas plexiformes. No se observó atipia celular, mitosis ni necrosis. Estas células expresaron PS100, intensa y difusamente con bajo índice de proliferación celular (menor al 1% de células neoplásicas). La schwannomatosis retroperitoneal es una lesión infrecuente, y aunque el comportamiento clínico puede ser agresivo, como en este caso, por la compresión medular y el desplazamiento de otros órganos, no hay evidencias histológicas de malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weiss S, Goldblum J. Soft tissue tumors. 5ª ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2008.
2. Benign retroperitoneal schwannoma. World J Gastroenterol 2007;13(41):5521-4.

Senos de Aschoff-Rokitansky con moco y depósitos extracelulares de moco que simulan carcinoma mucinoso de la vesícula biliar

Jorge Albores Saavedra, Carlos Galliani, Fredy Chablé Montero, Daniel Montante Montes de Oca, Kristen Batich, Donald E. Henson

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

** Cook Children's Medical Center, Fort Worth, Texas

***George Washington University Cancer Institute, Office of Cancer Prevention and Control, Washington DC

Antecedentes: existen numerosas lesiones epiteliales vesiculares que simulan carcinomas. Sin embargo, no se han descrito senos de Aschoff-Rokitansky (SA-R) con moco y depósitos extracelulares de mucina (DEM) que simulan carcinoma mucinoso (CaM). El propósito de este trabajo es describir este hallazgo. **Presentación de los casos:** se presentan cinco casos con SA-R que contenían moco y se rompieron, resultando en DEM en el estroma adyacente. En tres casos estos depósitos contenían glándulas, tiras epiteliales y estructuras papilares, sin atipia ni mitosis, que fueron confundidos CaM. Este diagnóstico resultó en un segundo procedimiento quirúrgico radical innecesario. En los casos restantes, los DEM fueron acelulares y focales. Tres pacientes fueron hombres y dos mujeres, con edad promedio de 52 años (2-71 años). En el paciente más joven (niño de dos años) las alteraciones vesiculares fueron descubiertas incidentalmente por estudios de imagen de resonancia magnética (IRM)

y tomografía computada. Posteriormente, se diagnosticó leucodistrofia metacromática (LM) a este paciente. El epitelio vesicular superficial de este niño presentaba hiperplasia papilar y metaplasia intestinal, como se ha descrito en casos de LM. El resto de los pacientes presentaron dolor en hipocondrio derecho. La pared vesicular estaba engrosada por estudios de IRM y tomografía computada. Tres casos se asociaron a litiasis. Después de 39 meses de seguimiento promedio (8-84 meses) los pacientes se encuentran vivos y libres de enfermedad neoplásica. **Comentario:** los DEM asociados a ruptura de los SA-R pueden ser malinterpretados como CaM. Por esta razón, es necesario conocer los aspectos morfológicos que permiten diferenciarlos del CaM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albores-Saavedra J, Galliani C, Chablé-Montero F, Batich K, Henson DE. Mucin-containing Rokitansky Aschoff sinuses with extracellular mucin deposits simulating mucinous carcinoma of the gallbladder. Am J Surg Pathol 2009. En prensa.
2. Albores-Saavedra J, Henson DE. Pyloric gland metaplasia with perineural invasion of the gallbladder: a lesion that can be confused with adenocarcinoma. Cancer 1999;86:2627-31.
3. Albores-Saavedra J, Henson DE, Klimstra DS. Tumors of the gallbladder, extrahepatic bile ducts and ampulla of Vater. Atlas of tumor pathology. Fascicle 27 Washington, DC. Armed Forces Institute of Pathology, 2000.
4. Albores-Saavedra J, Henson DE. Adenomyomatous hyperplasia of the gallbladder with perineural invasion. Arch Pathol Lab Med 1995;119:1173-6.
5. Burgess JH, Kalfayan B, Shingard RK, Gilbert E. Papillomatosis of the gallbladder associated with metachromatic leukodystrophy. Arch Pathol Lab Med 1985;109:79-81.

Sialoadenoma papilífero sublingual con diferenciación sebácea y apocrina. Presentación de un caso

Cruz Marina Figueroa Córdova, Reynaldo Falcón Escobedo

Hospital Central y Facultad de Medicina, UASLP

Antecedentes: el sialoadenoma papilífero (SP) es una proliferación exofítica y endofítica de la superficie mucosa y del epitelio del conducto salival. Es un crecimiento papilar exofítico, doloroso que semeja un papiloma escamoso. **Presentación del caso:** hombre de 84 años, 4 años antes tiroidectomía total por carcinoma papilar, linfadenectomía radical derecha con metástasis. Se resecó pequeño nódulo sublingual. **Patología:** tumor no encapsulado, blanquecino, de 1 cm, semifirme. Histológicamente exofítico y endofítico, trabecular, con células columnares en doble fila, parcialmente papilar, microquistes, elementos escamoides, basaloides, pseudoglandulares, apócrinos, oncocitoides, sebáceos, con atipia ligera, sin actividad mitótica ni necrosis. Inmunohistoquímica: positividad para CK7, CK34 bE12, vimentina (focal) y EMA (luminal) y negatividad para actina, S100, CK18, CEA y tiroglobulina. **Discusión:** el sialoadenoma papilífero es sumamente raro y puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con neoplasias del epitelio superficial (papiloma escamoso, papiloma ductal invertido) y glándulas salivales menores (carcinoma mucoepidermoide, adenoma pleomorfo, mioepitelioma variante reticular). Se presenta en mucosa oral, paladar duro y blando, labio superior, espacio retromolar, en los pilares de las fauces e incluso en

mucosa nasal. Puede durar meses a años y se ha descrito la ocurrencia de carcinoma epidermoide *in situ* sobre un sialoadenoma papilífero.

REFERENCIAS

1. Barnes L, et al. Pathology & Genetics. Head & Neck Tumours. WHO. Lyon: IARC Press, 2005.
2. Ozel HE, et al. Sialadenoma papilliferum of nasal cavity. Case report. J Laringol Otol 2008;122(9):e21.

Síndrome de Beckwith-Wiedemann. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Francisco Israel Gaitán Gaona, Cuauhtémoc Cuauhtémoc Oros Ovalle, María Guadalupe Cruz Rubio, Karla Quintero Meza, Lidia Montes Rivera, César Godoy Valdés

Departamento de Patología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí

Recién nacido femenino de 27.5 SDG x Ballard, madre de 34 años, gesta VII. Obtenido por cesárea (desaceleraciones de la frecuencia cardíaca hasta 80 x min), con un peso de 2280 g, talla 37 cm, PC 27 cm, PT 25 cm, PA 43 cm, Apgar de 2 sin frecuencia respiratoria. Se decide no realizar maniobras de reanimación. Se realiza autopsia con los siguientes hallazgos: Macrosomía, implantación baja de pabellones auriculares, macroglosia, onfalocoele, cardiomegalia, hepatomegalia, adrenomegalia quística bilateral (adrenocitomegalia), mal rotación intestinal. Se presenta un caso de autopsia de recién nacido inmaduro con múltiples malformaciones congénitas. Estudio anatomopatológico de la autopsia realizada: síndrome de Beckwith-Wiedemann. Es un sín-

drome descrito en 1963 por Beckwith y en 1964 por Wiedemann quienes reportaron 3 casos post mortem respectivamente, caracterizados por: macroglosia, onfalocoele, citomegalia adrenal y visceromegalias. Se presenta en 1 de cada 13,700 nacimientos, con alteraciones en el cromosoma 11p15, puede tener un dominio telomérico que contiene los genes H19, IGF2 y/o un dominio centromérico que incluye CDKN1C.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weksberg R, Shumanc. Beckwith-Wiedemann syndrome. Eur J Hum Gen 2009;24:1-9.

Síndrome de Chédiak-Higashi. Reporte de un caso

José Antonio Matute Briceño, Erika Pérez Torres, Miguel Ángel Ortiz Martínez

En 1940 el Dr. Chediak describió en una niña cubana "leucocitos peculiares". En 1954 Higashi describió los gránulos en los leucocitos positivos para peroxidasa. Es un enfermedad rara autosómica recesiva, resulta de defecto en la fusión de gránulos lisosomales (cromosoma 1q42-q43), clínicamente albinismo oculocutáneo, infecciones de repetición. Se presenta un caso de esta rara enfermedad, su presentación clínica, sus hallazgos histológicos y diagnósticos diferenciales. **Presentación del caso:** paciente femenino que a los 3 meses de vida presenta sudoración profusa y costras en cuero cabelludo así como decoloración paulatina del pelo de la cabeza; acompañada de infecciones de vías respiratorias superiores de repetición. Es derivada a hematología

por probable síndrome de cabellos plateados. Se encuentra paciente con albinismo oculocutáneo, pancitopenia, hetapoesplenomegalia, gránulos intraeucitarios y destrucción de melanina en cabello y en anexos de piel cabelluda. Es importante hacer un diagnóstico rápido y preciso ya que estos pacientes con un adecuado tratamiento tienen una buena respuesta, de otra forma pueden presentar una fase acelerada de la enfermedad con pobre pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chédiak-Higashi syndrome: presentation of seven cases. Allergy and Immunology Unit, Department of Pediatrics, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil. *São Paulo Med J* 1998;116(6).
2. Hematopoietic cell transplantation for Chediak-Higashi syndrome M EAPEN1, CADELAAT2, MS CAIRO4, MJ COWAN5. *Bone Marrow Transplantation* 2007;39:411-5.

Síndrome poliglandular autoinmune como causa de malabsorción en niños

Yesenia González Hernández, Francisco A Calderón García, María Rosa Flores Márquez

El síndrome poliglandular autoinmune (SPGA) es un trastorno raro que se manifiesta alrededor de los 10 años de edad; en su forma clásica los pacientes presentan candidiasis mucocutánea, hipoparatiroidismo e insuficiencia adrenal. Puede haber otras patologías autoinmunes como tiroiditis y hepatitis. Las manifestaciones gastrointestinales ocurren en el 20% de los casos, siendo la malabsorción la más evidente, esta se debe a la destrucción autoinmune de células

enteroendocrinas. Se da a conocer una causa poco frecuente de malabsorción en niños. **Presentación del caso:** se revisó el caso de un masculino de 9 años, con diagnósticos previos de vitíligo, hepatitis autoinmune, candidiasis esofágica recurrente, neumopatía crónica y malabsorción. Se analizó el material histológico teñido con HE y se tiñó con inmunohistoquímica para cromogranina. Las biopsias del tracto gastrointestinal mostraron edema, infiltrado por linfocitos aislados y en cúmulos y células plasmáticas de la lámina propia y linfocitos intra epiteliales. La tinción con cromogranina demostró ausencia de células enteroendocrinas en intestino delgado y disminución de éstas en colon y estómago. Estos hallazgos junto con el contexto clínico confirman el diagnóstico de síndrome poliglandular autoinmune. Aunque el síndrome poliglandular autoinmune en su forma clásica se presenta con la tríada mencionada, se debe sospechar el diagnóstico cuando un paciente se presenta con varias de las manifestaciones mencionadas. Las biopsias intestinales de pacientes con malabsorción presentan gastroenterocolitis linfocítica, en cuyo caso es necesario evidenciar la presencia de células enteroendocrinas y correlacionar estos datos con los hallazgos clínicos para establecer el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Betterle C. Autoimmune polyglandular syndrome type 1. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:1049-55.

Tumor sólido-quístico pseudopapilar de páncreas: presentación de dos casos

Sussy Melody González Huerta, Gerónimo Tavares Macías

Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Antecedentes: el tumor sólido pseudopapilar de páncreas es una neoplasia poco frecuente, corresponde a menos del 8% de todas las neoplasias de páncreas. Su mayor incidencia es en mujeres de la tercera década de la vida. La sintomatología es inespecífica, algunos casos se diagnostican en forma incidental, los síntomas son dolor abdominal, distensión o tumor. En general, los tumores al diagnóstico miden más de 10 cm en promedio. **Presentación de los casos:** se presentan dos casos encontrados en nuestros archivos en los últimos 5 años, el primer paciente es un femenino, de 21 años, con dolor epigástrico que cursaba su primer trimestre de embarazo, el ultrasonido mostró un tumor en cabeza de páncreas, confirmado por RMN, se programa a cesárea en su tercer trimestre de embarazo y es intervenida posteriormente para resecar tumoración, realizándole procedimiento de Whipple. Macroscópicamente, el tumor estaba localizado en la cabeza del páncreas, midió 4.5 cm, estaba bien delimitado y era una lesión sólida, quística, de color amarillenta; el tumor sustituía el 95% de la cabeza del páncreas. Histológicamente, se observaron áreas celulares sólidas, principalmente, de morfología monótona, con células poligonales de núcleo redondo con atipia leve, citoplasmas escasos, mal definidos, con vasculatura importante forman-

do pseudorosetas-pseudopapilas. El diagnóstico emitido fue un tumor sólido quístico pseudopapilar pancreático. El segundo caso se trató de femenina de 25 años, cuya neoplasia se localizaba en cola de páncreas, fue intervenida con pancreatectomía y hemicolectomía-esplenectomía por sospecha de malignidad preoperatoriamente. El tumor midió 13 cm, la superficie de corte del tumor fue hemorrágica, sólida quística, bien circunscrito. Histológicamente, el tumor estaba formado por una proliferación sólida quística pseudopapilar con células de morfología ligeramente alargada, de núcleo ariñonado sin atipias y citoplasmas mal definidos, con vasculatura prominente formando pseudorosetas-pseudopapilas. El diagnóstico emitido fue un tumor sólido quístico pseudopapilar pancreático. **Discusión:** la literatura refiere que estos tumores se presentan más en mujeres jóvenes, como en nuestros casos, algunas veces son hallazgos incidentales, uno de nuestros casos tuvo esa presentación, usualmente benignos aunque hay casos reportados de carcinomas, la histología de nuestros casos es de aspecto benigno. Sin predilección por región especial en páncreas, nuestros casos uno de ellos localizado en cabeza y el otro en cola. En relación al diámetro promedio de más de 10 cm al diagnóstico según la literatura, uno de nuestros casos midió sólo 4.5 cm y su diagnóstico fue incidental. La histología de los tumores fue similar a la reportada en la literatura, observándose áreas sólidas quísticas con abundantes pseudorosetas y pseudopapilas. El tratamiento de estos tumores es quirúrgico y los pacientes son vigilados periódicamente, en

nuestros casos el procedimiento realizado fue Whipple para el tumor de cabeza y pancreatectomía de cuerpo y cola para el segundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS Gastrointestinal tumours, Surgical Pathology GI, Rev Chil Cir 2008;60(3):241-5.
2. Rev Esp Patol 2006- Med 2004;Serie 9;2:93-99.

Tumor de células yuxtaglomerulares. Informe de un caso

Germán G Gutiérrez Pérez-Tejada, E Lorena Díaz Amezcua, Alfonso Valenzuela Espinoza

El tumor de células yuxtaglomerulares es una neoplasia poco común, secretora de renina, que afecta con mayor frecuencia a mujeres. Suele ser unilateral y se presenta en la segunda/tercera década de la vida. Debido a la secreción de renina, los síntomas incluyen hipertensión arterial incontrolable y cefalea. Se ha descrito también hiperaldosteronismo e hipokalemia. El tamaño promedio del tumor es de 5 cm. Se han informado 70 casos. Se comunica un caso de tumor de células yuxtaglomerulares y se discute el diagnóstico diferencial. Mujer de 26 años de edad, con hipertensión arterial sistémica y hematuria de 5 años de evolución. Se realizó TAC, que reveló un tumor renal derecho. Se efectuó nefrectomía. El tumor midió 6 x 6 cm y estaba localizado en el hilio renal. Era bien delimitado, de consistencia semiblanda, con superficie de corte lisa, café claro. Los cortes histológicos evaluados mostraron una neoplasia con patrón de crecimiento sólido y formación de mantos de células de tamaño intermedio, mo-

nótonas, redondas u ovaladas. Las células neoplásicas tenían abundante citoplasma eosinófilo, núcleo claro con nucléolo prominente. La imagen morfológica sugirió un tumor de células yuxtaglomerulares, por lo que se realizó microscopía electrónica. El examen ultraestructural mostró gránulos romboides característicos de células del aparato yuxtaglomerular. Se diagnosticó tumor de células yuxtaglomerulares. Las células que sintetizan renina son precursoras de una variedad de células capaces de diferenciarse hacia células que en condiciones normales no expresan renina como las células musculares lisas, mesangiales, epiteliales y extrarenales. Sin embargo, estas células tienen capacidad para sintetizar renina cuando se requiere hormona adicional para restablecer el estado de homeostasis. El diagnóstico diferencial incluye el tumor glómico que está formado por células lisas modificadas, así como el hemangiopericitoma. El tumor glómico muestra inmunoreactividad difusa para actina la cual es focalmente positiva o negativa en el tumor de células yuxtaglomerulares. El hemangiopericitoma expresa focalmente CD34 y actina. En vista de la similitud histológica de estos tres tumores es conveniente hacer estudios ultraestructurales y si se dispone del anticuerpo contra renina hacer estudios inmunohistoquímicos para establecer el diagnóstico preciso. Es importante que el patólogo sepa identificar este tumor para establecer una buena correlación clínico patológica. Se refiere que su comportamiento es benigno, aunque hay reportes de casos con metástasis a distancia en tumores de gran tamaño diagnosticados tardíamente. La evolución de

la paciente fue la esperada, una vez extirpado el tumor, desapareció la sintomatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robertson PW, Klidjian A, Harding LK, et al. Hypertension due to a renin-secreting renal tumor. *Am J Med* 1967;43:963-76.
2. Kihara I, et al. A hitherto unreported vascular tumor of the kidney: "a proposal of juxtaglomerular cell tumor." *Acta Pathol Jpn* 1968;18:197-206.
3. WHO Classification of Tumours; Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs, 2004.
4. X Duan et al. Metastatic juxtaglomerular cell tumor in a 52-year-old man. *Am J Surg Pathol* 2004;28:1098-102.
5. Rubenstein et al. Juxtaglomerular apparatus tumor: a rare, surgically correctable cause of hypertension. *Rev Urol* 2002;4(4):192-5.
6. Martin SA. Juxtaglomerular cell tumor: a clinicopathologic study of four cases and review of the literature. *Am J Clin Pathol* 2001;116(6):854-63.
7. Liu LN. Clinicopathological study of 4 renal juxtaglomerular cell tumors; *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi* 2005;27(5):302-5.
8. Beaudoin J, et al. A patient with a juxtaglomerular cell tumor with histological vascular invasion. *Nat Clin Pract Nephrol* 2008;4(8):458-62.

Tumor de células granulares de glándula mamaria. Reporte de un caso

Oscar Eduardo Gamboa Morales, Laura Rebolledo Iglesias

Se reporta el caso de paciente femenina de 56 años, 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 tumoración BiRads 2. Se realiza US reportando tumoración BiRads 5.

Posteriormente se le realiza biopsia por Trucut, con diagnóstico histopatológico de fibrosis estromal, motivo por el cual se decide realizar tumorectomía. Se comunica el caso 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 poco frecuente, cuyo origen son las células de Schwann. El 5% de ellos ocurre en la glándula mamaria, con un rango de edad de los 17-74 años. Sólo 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, descartados con los estudios microscópicos y confirmados con inmunohistoquímica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patel A, Lefemine V, Mansoor YS, Abou-Samra W. Granular cell tumour of the pectoral muscle mimicking breast cancer. *Cases Journal* 2008;1:142.
2. Granular cell tumor of the breast. *Journal compilation* 2006, Blackwell

Publishing, Inc., 1075-122X/06 Breast J 2006;12(5):494.

3. Quiroz-Rodríguez G, Robles-Vidal C, Guzmán-Navarro L, Ortiz-Hidalgo C.

Tumor de células granulares primario de órbita: presentación de un caso y revisión de la literatura

Jose Antonio Matute Briceño, Fausto Carlos Necedal Rustrian, Miguel Ángel Ortiz Martínez

El tumor de células granulares de la órbita es una rara entidad derivada de células de Schwann de nervios periféricos que inervan los músculos extraoculares. Se presenta generalmente en pacientes adultos como una masa que produce proptosis, ptosis o diplopía. Se comunica un caso de esta rara enfermedad, su presentación clínica, sus hallazgos histológicos y diagnósticos diferenciales. **Presentación del caso clínico:** femenino de 29 años con exoftalmos derecho desde 2004, proptosis derecha, disminución de la agudeza visual, diplopía derecha, exploración física: AV 20/40 OD con estenopeico 20/36, OI 20/20, fondo de ojo normal en ambos ojos. Exoftalmómetro barra de 100 mm, OD 21mm, OI 13 mm. Craneotomía frontal, destechamiento orbitario derecho, resección excisional tumoral: lesión tumoral encapsulada con paredes fibrosas, que desplaza la periórbita sin tomar el contenido orbitario. Histológicamente; proliferación celular de bordes mal definidos, no infiltrativos, células de amplio citoplasma conteniendo múltiples granulos eosinofílicos, formando un sincicio, con núcleo de cromatina cerrada y baja atipia. Positivo para S-100, enolasa, negativo CD68, CK, EMA. Este tipo de tumores usualmente los encontramos en

otras localizaciones, debemos tenerlo en cuenta ya que puede presentarse en órganos viscerales, en SNC y en otras localizaciones como en este caso intraorbitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Obayashi K. Granular cell myoblastoma of the orbit. *Jpn J Ophthalmol* 1999;20.
2. Karcioglu ZA, Granular cell tumor of the orbit. Case report and review of the literature. *Ophthalmic Surg* 1983;14.

Tumor miofibroblástico inflamatorio de cartílago laríngeo. Informe de un caso

Marco Aurelio González Romo, Fredy Chablé Montero,** Daniel Montante Montes de Oca,** Eduardo Iván Acuña Ramírez,*** Jonás Maya Ochoa*****

* Patología diagnóstica, Villahermosa, Tabasco

** Departamento de Patología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

*** Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Ángeles, Villahermosa, Tabasco

**** Cirugía Oncológica del Hospital CERACOM, Villahermosa, Tabasco

Antecedentes: el tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una neoplasia de bajo grado de malignidad compuesta por una proliferación de miofibroblastos e infiltrado inflamatorio, predominantemente por células plasmáticas. Los sitios afectados con mayor frecuencia en cabeza y cuello son los senos paranasales y la órbita. **Presentación del caso:** hombre de 33 años con disfonía progresiva de dos meses de evolución, sin compromiso respiratorio ni de la

deglución. Una tomografía mostró una masa ocupativa en hemilaringe izquierda con compresión de estructuras laringeas de la línea media. Se le realizó una BAAF que fue reportada como carcinoma. Una segunda BAAF fue reportada como reactiva, por lo que se le realizó biopsia incisional y posterior al diagnóstico hemilaringectomía parcial. En ambos especímenes, se observó una proliferación de células fusiforme de núcleos ovoides alargados con cromatina fina y nucléolo pequeño ocasional, sin atipia ni mitosis, con citoplasma eosinófilo. Estas células se mezclaban con abundantes linfocitos, células plasmáticas y macrófagos espumosos, además infiltraban al músculo esquelético prelaríngeo. Estas células fueron positivas para actina alfa y calponina, y negativas para desmina, ALK1, CD34, Bcl2, citoqueratina AE1&AE3, p63 y CD21. **Comentario:** el tumor miofibroblástico inflamatorio de laringe es raro con poco más de 20 casos reportados. Es más común en adultos y poco frecuente en niños. Afecta frecuentemente a hombres y el síntoma predominante es disfonía. Pueden presentarse como masas polipoides o nódulos submucosos con involucro frecuente de cuerdas vocales. Puede confundirse con carcinoma epidermoide sarcomatoide, por lo que su identificación tiene impacto en el pronóstico y la supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Idrees MT, Huan Y, Woo P, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of larynx: a benign lesion with variable morphological spectrum. *Ann Diagn Pathol* 2007;11:433-9.

2. Wenig BM, Devaney K, Bisceglia M. Inflammatory myofibroblastic tumor of the larynx. A clinicopathologic study of eight cases simulating a malignant spindle cell neoplasm. *Cancer* 1995;76:2217-29.
3. Völker HU, Scheich M, Höller S, et al. Differential diagnosis of laryngeal spindle cell carcinoma and inflammatory myofibroblastic tumor-report of two cases with similar morphology. *Diagn Pathol* 2007;2:1.

Shwanoma maligno con diferenciación rabdomioblástica (tumor triton) metastásico a parénquima cerebral. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Gabriela Sofía Gómez Macías, Oralia Barboza Quintana, Ivett Miranda Maldonado

El sitio más común de metástasis del shwanoma maligno es pulmón, seguido de hueso y pleura, el cerebro es un sitio muy poco frecuente para metástasis. Solo 8 casos han sido reportados en la literatura desde 1963. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Los especímenes quirúrgicos fueron fijados con formal. Las secciones realizadas fueron procesadas en parafina y teñidas con hematoxilina y eosina. Las tinciones de inmunohistoquímica fueron realizadas con anticuerpos monoclonales a base de S-100, CD 56, desmina, y miogenina con técnica cualitativa de estreptoavidina biotina. Tanto las biopsias tomadas del tumor pulmonar, como el espécimen del tumor cerebral, fueron semejantes en el estudio histopatológico, encontrándose una proliferación fusocelular con áreas densamente celulares, alterándose con áreas menos celulares, los fascículos densamente celulares presentaban zonas pleomórficas con núcleos alargados, hipercromáticos y

un gran número de mitosis, simulando al fibrosarcoma. Se observaban áreas bien diferenciadas con formas características de las células de Shwan. En una gran parte de la neoplasia se apreciaban células redondas o alargadas que correspondían a áreas de diferenciación rabdiomioblásticas. En el tumor cerebral se apreciaban dichas características en un fondo fibrilar con proliferación de vasos sanguíneos, hemorragia y zonas extensas de necrosis. La mayoría de los TMVNP son de alto grado. El seguimiento de estos pacientes debe ser estrecho después del diagnóstico de TMVNP en el sitio primario, por su alto índice de recurrencia local y metástasis a distancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enzinger and Weiss's. *Wess's SW, Goldblum JR. Soft tissue tumors*. 5th ed. 2008;pp:903-25.
2. Ducatman BS, Scheithauer BW, Piegras DG, Reiman HM, Ilstrup DM. Malignant peripheral nerve sheath tumors. A clinicopathologic study of 120 cases. *Cancer* 1986;57(10):2006-21.
3. Hruban RH, Shiu MH, Senie RT, Woodruff JM. Malignant peripheral nerve sheath tumors of the buttock and lower extremity. A study of 43 cases. *Cancer* 1990;66(6):1253-65.

Neoplasias de células fusiformes de laringe, revisión de 5 años en Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO), IMSS

Francisco A Calderón García, Yessenia González Hernández, Teresita Plascencia

Antecedentes: los carcinomas de células fusiformes (CCF) son tumores raros, representan el 1% de todas las neoplasias en ese sitio. Anteriormente han sido el centro de muchos

debates, actualmente es importante reconocerlos no solo por cuestiones académicas sino también de pronóstico y tratamiento. El diagnóstico de un carcinoma de células fusiformes se puede hacer de manera confiable si se identifica epitelio maligno en la lesión, sin embargo, cuando este componente no es evidente, el diagnóstico diferencial con lesiones mesenquimales puede ser difícil, requiriéndose en muchos casos de la utilización de otros medios diagnósticos como inmunohistoquímica y microscopia electrónica. **Objetivo:** conocer la frecuencia en 5 años de carcinomas de células fusiformes de laringe en el departamento de patología del Centro Médico Nacional de Occidente.

Material y métodos: se hizo una revisión del año 2004 a 2008 de los registros de estudios histopatológicos realizados en CMNO. Se recolectó el material histológico, de inmunohistoquímica y bloques de parafina de 116 casos con diagnósticos de neoplasias malignas de laringe. **Resultados:** de los 116 casos 3 casos corresponden a una neoplasia con patrón sarcomatoso, de estos, 3 son carcinoma de células fusiformes y uno corresponde a un sarcoma pleomorfo de alto grado indiferenciado (anteriormente histiocitoma fibroso maligno); el resto corresponde a carcinomas epidermoides con diferente grado de diferenciación y uno correspondió a linfoma. Los casos de carcinoma de células fusiformes corresponden uno a un hombre de 52 años y el otro a una mujer de 70 años, a ambos se les realizó laringectomía en la cual se confirmó el diagnóstico previo; el sarcoma pleomorfo de alto grado corresponde a un hombre de 59 años.

Conclusiones: de acuerdo con los re-

portes de la literatura, las neoplasias de células fusiformes representan un pequeño porcentaje de las neoplasias laríngeas, sin embargo, su diagnóstico preciso, aunque en algunas ocasiones es sencillo, puede requerir estudios adicionales, como técnicas de inmunohistoquímica y en algunas ocasiones microscopia electrónica para confirmarse. Estas lesiones incluyen principalmente CCF y sarcomas, las cuales se deben distinguir ya que el pronóstico y tratamiento difiere en ambas entidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lester D, et al. Spindle cell (sarcomatoid) carcinomas of the larynx. *Am J Surg Pathol* 2002;26(2):153-70.

Tumores epiteliales de glándulas salivales en pacientes pediátricos del Hospital Universitario de Monterrey NL. Estudio retrospectivo de 11 años

Olga Sayuri Rivera Lozano, Oralía Barboza Quintana, Jesús Áncer Rodríguez, Luis Ángel Ceceñas Falcón

Antecedentes: los tumores de glándulas salivales en la población pediátrica son inusuales en menores de 15 años. En la Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) representan menos del 2% de todos los casos. Son excepcionales durante los primeros 2 años de vida. El adenoma pleomórfico en la neoplasia más frecuente en niños mayores de 10 años, el sialoblastoma es más frecuente en la infancia y no ocurre después de los 3 años. El carcinoma mucoepidermoide y el carcinoma de células acinares son las neoplasias malignas más frecuentes niños mayores de 10 años.

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 2009, seleccionando todos los tumores de glándulas salivales mayores y menores en pacientes menores de 18 años. Se recolectó la información realizando una base de datos y utilizando métodos porcentuales. **Resultados:** se realizaron 67,921 estudios quirúrgicos, y en los cuales se identificaron 93 tumores de las glándulas salivales y 11 corresponden a menores de 18 años, siendo el 0.02 % del total de estudios revisados y a 11.82% del los tumores de glándulas salivales. **Conclusiones:** nuestra incidencia de tumores de glándulas salivales y su presentación es en general similar a la descrita en la literatura. Probablemente debido a que nuestro caso de menor edad son los 3 años, no hemos presentado casos de sialoblastoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krolls SO, Trodahl JN, Boyers RC. Salivary gland lesion in children. A survey of 430 cases. *Cancer* 1972;30:459-69.
2. Seifert G, Okabe H, Caselitz J. Epithelial salivary gland tumors in children and adolescents. Analysis of 80 cases (Salivary Gland Register 1965-1984). *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1986;48:137-49.
3. Luna MA, Sialoblastoma and epithelial tumors in children: their morphologic spectrum and distribution by age. *Adv Anat Pathol* 1999;6:287-92.

4. Vawter GF, Tefft M. Congenital tumors of the parotid gland. *Arch Pathol* 1966;82:242-5.

Tumores retroperitoneales de tejidos blandos estudio retrospectivo del 2003 al 2008 en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente (HE CMNO)

Aldo A Alcaraz Wong, Geronimo Tavares Macías, Dulce Mendiola Quintana

Antecedentes: los tumores de tejidos blandos son neoplasias heterogéneas poco comunes que se clasifican sobre una base histogenética de acuerdo al tejido adulto que semejan. Estos pueden originarse en cualquier sitio anatómico del organismo, menos del 2% se localizan en sitios profundos como lo es la región retroperitoneal, en donde generalmente alcanzan grandes dimensiones antes de ser detectados. La falta de una referencia en cuanto a cuales son los tumores de tejidos blandos retroperitoneales predominantes en nuestro medio y sus patrones histológicos característicos genera un reto diagnóstico para el patólogo. **Objetivo:** identificar los tumores de tejidos blandos predominantes en retroperitoneo y sus características morfológicas predominantes de los casos diagnosticados en el Departamento de Anatomía Patológica del HE CMNO en el periodo del 2003 al 2008. **Material y métodos:** estudio observacional descriptivo retrospectivo con un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se realizará una búsqueda en los archivos del Departamento de Patología de todos los pacientes diagnosticados con tumores retroperitoneales de tejidos blandos entre los años 2003 al 2008.

Se identificarán los tumores malignos y benignos de tejidos blandos más frecuentes y las características histomorfológicas de cada uno de ellos como patrón de crecimiento, estroma, necrosis, mitosis y atipia. El análisis estadístico se realizará por medio de estadística descriptiva. **Resultados:** se obtuvo un total de 85 casos de tumores retroperitoneales primarios de tejidos blandos. Los pacientes oscilaron entre los 2 a 82 años con una media de 43.5 años y predominio en mujeres con 63.5% de los casos. El 80% de los casos correspondieron a tumores malignos. El liposarcoma fue el tumor retroperitoneal más frecuente con 60% de los casos y el Ancient Schwannoma fue el tumor benigno más frecuente con el 76.5% de los tumores benignos. En los tumores malignos el 75% presentaron atipia de moderada a severa a diferencia de los benignos en los cuales el 94% presentó atipia celular leve. Más de la mitad 52% de los tumores malignos presentó necrosis y sólo el 6% de los tumores benignos. **Conclusiones:** los tumores retroperitoneales malignos son más frecuentes que los benignos. Las características histomorfológicas como patrón de crecimiento, necrosis, actividad mitótica y atipia son los parámetros más importantes que deben ser tomados en cuenta por el patólogo en la correcta clasificación histológica y diagnóstico de los tumores retroperitoneales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weiss S, Goldblum J, Enzinger & Weiss's soft tissue tumors. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier, 2008;pp:1-73.
2. Fletcher C, Krishnan K, Mertens F. Pathology and genetics of tumors of

- soft tissue and bone. 1st ed. Lyon: IARC Press, 2002;pp:12-18.
3. Medina M, Martínez R, Díaz I y col. Factores pronósticos en sarcomas retroperitoneales Gamo 2006;5:148-53.
 4. Stawicki P. Retroperitoneal sarcomas. Opus 12 Scientist 2007;1:17-18.

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

Ivett Miranda Maldonado, Yuri-dia Alvarado Bernal, Ma. Victoria González Franco, Oralia Barboza Quintana, Jesús Áncer Rodríguez

Antecedentes: los tumores del SNC representan un grupo heterogéneo de neoplasias y comprenden el 10-15% de todas las neoplasias malignas de la edad pediátrica, 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 frecuencia de las neoplasias del SNC en la edad pediátrica en un hospital del NE del país. **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, médula espinal, meninges, y de los nervios craneales y paraespinales, en pacientes menores de 18 años. **Resultados:** se encontraron un total de 195 tumores, la edad media fue de 9.7 años, la frecuencia general por sexo fue mayor en hombres. Los tumores neuroepiteliales (NE) fueron por mucho el grupo más frecuente, de estos los astrocíticos fueron los

más frecuentes (42%), seguidos por los tumores embrionarios (31%) la mayoría fueron grado IV. Los tumores de la región 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. Packer RJ, MacDonald T, Vezina G. Central nervous system tumors. *Pediatr Clin North Am* 2008;55(1):121-45.
2. 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;19(7):68.
3. Hjalmar U, Kulldorff M, Wahlqvist Y, Lannering B. Increased incidence rates but no space-time clustering of childhood astrocytoma in Sweden, 1973-1992: a population-based study of pediatric brain tumors. *Cancer* 1999;85(9):2077-90.

VPH oncogénico y tipo histológico en pacientes veracruzanas

S Melo, R Casas, O Carvajal, MP Trujillo, M Cadena

Antecedentes: 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 *in situ* 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 varcinomas 5 LAG, 13 LBG. **Conclusiones:** 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. *Gac Med Mex* 2003;132:296-300.
2. Marín HM, Gorodner JO, Lucero RH, Schelover ER, Deluca GD. Prevalencia de genotipos de virus papiloma humano (HPV) en población hospitalaria de la ciudad de Corrientes, Universidad Nacional del Nordeste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2004. http://www.unne.edu.ar/med_regional/boletin/2005/boletin01.pdf