

Resúmenes de los trabajos del 54º Congreso Anual de la Asociación Mexicana de Patólogos*

TRABAJOS LIBRES

TL-1

Análisis histopatológico de lesiones con diagnóstico de Papiloma Escamocelular, recibidas en el laboratorio de histopatología de la UAM-Xochimilco

Estela de la Rosa García, Cyntia García Hernández, Bertha Alicia Flores Moreno.

Laboratorio de Histopatología, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Introducción: El papiloma escamocelular es una lesión epitelial proliferativa benigna, inducida por el Virus Papiloma Humano (VPH). Su frecuencia en la mucosa bucal es baja y su diagnóstico histológico puede ser no específico y ser similar a otras lesiones verrugo papilares. **Objetivos:** Describir la frecuencia de las características histológicas de lesiones con diagnóstico de papiloma escamocelular recibidos en el laboratorio de histopatología del posgrado de Especialización y Maestría en Patología y Medicina Bucal de la UAM-Xochimilco. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, se analizó datos demográficos y criterios

histológicos de los especímenes con diagnóstico de papiloma escamocelular. Se eliminaron aquellos casos con expedientes incompletos, con material insuficiente no valorable o con otro diagnóstico final. Se usaron los criterios de Eversole, el diagnóstico y la revisión lo llevaron a cabo por dos especialistas en Patología y Medicina Bucal y una pasante de Estomatología. El análisis de las frecuencias fue descriptivo. **Resultados:** De los 90 casos revisados; 44.5% hombres y 55.5% mujeres; edad 34 ± 19.6 (7-83) años. De 75/90 (83.3%) casos correspondieron a papiloma escamocelular, 7.7% fueron muestras no valorables, 4.4% verrugas y 8.8% con otro diagnóstico. Las lesiones presentaron proyecciones epiteliales dactiliformes 97.3%, tejido conectivo vascular moderado 10.6%, severo 12%; paraqueratosis 42.6% hiperparaqueratosis 66.6%; capa granular con gránulos prominentes 28%; proyecciones epiteliales rectas exofíticas 40%; actividad mitótica 50.6%; inclusiones virales intranucleares eosinófilas en capa granular 26.2%; infiltrado inflamatorio crónico moderado 28% severo. **Conclusiones:** Existe cierta similitud entre las características histológicas

del papiloma y otras lesiones verrugo papilares por lo es importante destacar sus características histopatológicas

TL-2

Diagnóstico situacional para la construcción de un panel de proficiencia en citología cérvico-vaginal en la delegación df-norte del imss

María de los Angeles Hernández Cueto, Aidee Tamara López Mendoza, Otoniel Sánchez Márquez, Andrés Carmona Rodríguez, Fidel Salvador Navarro Muñoz, Rafael Servando Andrade Cruz, Joaquín González Ibarra, Miguel Angel Pacheco Hernández, Carmen Guadalupe Macías Martínez, José Alberto Díaz Quiñones, Víctor Hugo Borja Aburto, César Raúl González Bonilla

HR. Lic. Adolfo López Mateos, IMSS

Introducción: En 2006 el College of American Pathologists efectuó el primer Programa de Pruebas de Proficiencia (PP) en citología cérvico-vaginal (CCV), implementan así un programa nacional. En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 y las Guías de Práctica Clínica (GPC) del sector salud, esta-

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

blecen los algoritmos en la atención de pacientes con lesiones del cérvix uterino, pero no un programa de PP en CCV. El Laboratorio Central de Epidemiología (LCE) de la División de Laboratorios de Vigilancia e Investigación Epidemiológica (DL-VIE) del IMSS implementará un programa de PP que promueva la certeza diagnóstica y la atención de derecho-habientes del IMSS. **Materia y Métodos:** De 100% de CCV de 2011 de la Delegación DF-Norte, se seleccionaron del 100% de las citologías positivas y del 10% de las citologías negativas, con la finalidad de construir un PP. **Resultados:** De 100% de las citologías, se encontró 84.22% CCV adecuada y 15.78% de inadecuada/limitada. Del 100% de la CCV adecuada, 98.56% fue negativa y 1.44% positiva. De la CCV positiva, 73.37% corresponden a lesiones de bajo grado, 16.99% de alto grado y 1.14% a neoplasias invasoras. **Discusión:** En 2011 la DF-Norte atendió 67,684 citologías cérvico-vaginales, por tanto es necesario contar con PP para obtener resultados confiables y reproducibles en el personal encargado del diagnóstico y controlar así la lectura, diagnóstico y seguimiento de las lesiones del cérvix uterino en las pacientes derecho-habientes del IMSS.

TL-3

Implementación del Sistema Bethesda en biopsias por aspiración con aguja delgada de tiroides en el Instituto Nacional de Cancerología, México
Mónica L. Serrano Arévalo R4, Rita Sotelo-Regil H AP, Margarita Ibarra del Rio AP, Lorena Flores Hernández AP

Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: la utilidad de la biopsia por aspiración con aguja delgada (BAAD), en tiroides es reducir el número de cirugías innecesarias. De ahí la importancia que tiene el tipo de reporte citológico en el manejo y tratamiento del paciente. **Objetivos:** Reportar la experiencia en el uso del sistema Bethesda en tiroides, hacer correlación citohistológica, identificar la frecuencia de cada categoría y la repercusión en el manejo de los pacientes. **Materia y métodos:** Se incluyeron todos los estudios de BAAD interpretados con el sistema Bethesda de tiroides en el periodo del 1ro de enero al 31 diciembre del 2011 realizadas en el INCan, se correlacionó con datos clínicos y reporte histopatológicos, además se revisaron nuevamente los casos problema por 4 citopatólogos. **Resultados:** Se realizaron 294 biopsias por aspiración, que correspondieron a 239 pacientes. Las BAAD realizadas por un citopatólogo 102 (35 %) y las realizadas por radiólogos 160 (54%), laminillas de revisión 32 casos (11%). El género femenino predominó, con 215 mujeres (90%). La edad que predominó fue mayores de 60 años con 94 pacientes (32%). El tamaño tumoral que predominó fue el grupo de 1 a 2 cm con 70 casos (23%). El síntoma principal fue la tumoración con 242 casos (82%) las características ultrasonográficas más frecuentes fueron nódulos con márgenes mal definidos 44 casos (20%). Los diagnósticos por categoría fueron para la I 29 %, categoría II 31 %, para la III 3%, la IV 9%, en la V 3% y para la categoría VI 21%. La correlación citohistológica en la categoría I fueron 14 casos (8 ca. Papilares, 1 adenoma folicular, 2 bocios, 1 quiste tirogloso, 1 teratoma maduro), en la

categoría 2 fueron 7 casos (3 bocios, 1 ca. Papilar, 1 carcinoma poco diferenciado, 1 linfoma difuso de células grandes). Para la categoría 3, fueron 3 casos (1 ca. Papilar, 1 ca. Poco diferenciado, y 1 adenoma folicular). En la categoría 4, 12 casos (7 adenomas foliculares, 1 carcinoma papilar con patrón folicular, 2 carcinomas foliculares y 2 bocios), en la categoría 5, solo 3 casos (un carcinoma papilar, un adenoma folicular y 1 bocio). La categoría 6, 47 casos (43 ca. Papilares, 1 ca. Folicular, 1 adenoma, 1 linfoma difuso células grandes, y caso no corroborado el carcinoma). **Conclusiones:** Este estudio demuestra la gran utilidad del sistema Bethesda, además de la importancia de contar con los datos clínicos y ultrasonográficos indispensables para una correcta interpretación. Existe un elevado porcentaje del diagnóstico de las categorías I y VI comparadas con la literatura mundial. Es necesario insistir en la implementación del seguimiento y manejo clínico según los lineamientos del sistema Bethesda.

TL-4

Detección y tipificación del Virus de Papiloma Humano en citologías exfoliativas del cérvix uterino

Salgado Bernabé ME, Córdova Us-canga C, Moreno Álvarez JD, Pedraza Tejeda JA, Mendoza Castillo M, Piña Sánchez P

UMAE Hospital de Oncología Unidad de Investigación CMN S XXI

La infección por Virus de Papiloma Humano (VPH) es el principal factor asociado en cáncer cervico uterino (CaCU); estudios recientes confirman que 8 tipos virales contribuyen con

90% de los casos de CaCU. Actualmente el CaCu es la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres en México, a pesar de contar con puebas de tamizaje. Por lo que se ha sugerido la incorporación de pruebas moleculares para la detección de VPH, adicional a la prueba de *Pap*. En este trabajo identificamos VPH en citologías cervico-vaginales y su relación con el diagnóstico citopatológico. Se colectaron 352 muestras de mujeres para *Pap* convencional. Las células remanentes fueron fijadas y se purificó ADN. Se realizó PCR con cebadores específicos, secuenciación, así como el ensayo Linear Array®. 14% de las muestras fueron positivas a VPH, de las cuales 74 % fueron de VPH de alto riesgo, 29% presentaron infección con solo un tipo viral, 59% más de un tipo viral (2-10) y 12% no se logró tipificar. 78% de las muestras Positivas a VPH tuvieron diagnóstico negativo por *Pap*. La detección molecular de VPH alto riesgo, así como la presencia de coinfecciones contribuyen a identificar mujeres con riesgo de desarrollo de lesiones precursoras del CaCU.

TL-5

Expression of Mcm-2, Ki-67 and geminin in oral nevi and melanoma

BA Benevenuto de Andrade DDS, Msc¹, R Carlos DDS², W Delgado-Azañero DDS, PhD³, A Mosqueda-Taylor DDS, Msc⁴, OP de Almeida DDS, PhD¹

¹Oral Pathology Section, Department of Oral Diagnosis, Piracicaba Dental School, University of Campinas (UNICAMP), Piracicaba, São Paulo, Brazil. ²Pathology Section, Centro Clínico de Cabeza y Cuello/Hospital Herrera Llerandi, Guatemala City, Guatemala. ³Oral Pathology and

Medicine Department. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru. ⁴Department of Health Care, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México

Oral melanoma is a rare lesion, comprising 0.2-0.8% of all melanomas, and compared to its cutaneous counterpart, little is known about its etiological factors and molecular mechanisms. Evaluation of cell cycle using antibodies against nuclear proteins involved in regulating DNA replication has gained special interest in the effort to predict biological behavior in malignant tumors and for discriminate between benign and malignant lesions. The aim of this study was to analyze the expression of Mcm-2, Ki-67 and geminin in oral nevi and melanomas. Expression of these cell proliferation markers was evaluated by immunohistochemistry in 51 oral melanocytic lesions, including 38 intramucosal nevi and 13 primary oral melanomas. The labeling index (LI) of each proliferation marker was assessed considering the percentage of cells expressing nuclear positivity out of the total number of cells, counting 1000 cells per slide. Mcm-2, Ki-67 and geminin were rarely expressed in intramucosal nevi, in contrast to oral melanomas, which showed high levels of these proliferations markers with LI to Mcm-2, Ki-67 and geminin of 43.5%, 32.6% and 10.2% respectively. The results indicate that Mcm-2 may be a more sensitive marker in oral melanomas compared to Ki-67 and geminin. The differences found in LI between these markers may be explained by the different expression of these markers in the cell cycle phases. The results

also indicate that these markers may be involved in the pathogenesis of oral melanomas and could be eventually useful as an additional diagnostic tool for differential diagnoses between oral benign and malignant melanocytic lesions.

TL-6

Distribución del pigmento melánico en la piel de pacientes con síndrome de pelo plateado

Ridaura Sanz C. Duran McKinster C, Ruiz Maldonado R. Carrillo Rincón A. Departamento de Patología y Servicio de Dermatología. Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El síndrome de pelo plateado (SPP) incluye padecimientos autosómicos recesivos con alteraciones en la pigmentación de la piel y el pelo. De acuerdo al gen defectuoso se reconocen el síndrome de Chediak-Higashi (SCHH) el síndrome de Griscelli SG 1 asociado a alteraciones neurológicas, SG2 asociado a alteraciones inmunológicas y SG 3 restringido a pelo plateado y piel bronceada. El diagnóstico se basa en el estudio molecular, sin embargo las características clínicas y de laboratorio y la morfología del pelo permiten establecer el diagnóstico diferencial al menos de dos grandes grupos. En el SCHH el pelo tiene pequeños gránulos de melanina distribuidos uniformemente a lo largo del tallo y en el SG los gránulos son de diferente tamaño distribuidos en forma irregular. Se sabe que en la piel también hay alteración en los melanocitos sin embargo, las descripciones en los diferentes tipos de SPP son escasas y mal ca-

racterizadas. **Objetivo:** Describir la distribución del pigmento en la piel de pacientes con SPP y correlacionarla con la observada en el pelo. **Material y método:** Se revisaron biopsias de piel y muestras del pelo de 5 casos de SCHH, 7 de SG1 y 5 de SG2 diagnosticados clínicamente y se compararon los patrones de pigmentación. **Resultados:** En todos los SCHH la piel mostró gránulos pequeños uniformes en todo el espesor de la epidermis similar a lo observado en el pelo. En 12 casos de SG 1 y 2 se encontraron grandes gránulos en la capa basal distribuidos irregularmente alternando con áreas despigmentadas. En dos casos el examen del pelo no fue útil mientras que la biopsia de piel confirmó el diagnóstico de SG. **Conclusiones:** 1.- La distribución del pigmento en la biopsia de piel correlaciona con la observada en el estudio del pelo. 2.- La biopsia de piel en pacientes con Síndrome de pelo Plateado puede ser un estudio útil y complementario en casos en que el pelo no revele las alteraciones características.

TL-7

Frecuencia de carcinoma epidermoide en animales domésticos en el área Metropolitana de México (2001 a 2011)

Mancera PMY¹, Chávez ML², García OLE¹, Candanosa AIE³, Mejía PO⁴, Salmerón SF⁵

¹Departamento de Patología, FMVZ – UNAM. ²Hospital General de México, Unidad de Patología. ³FMVZ-UNAM, C.E.I.E.P.A.A., Tequisquiapan, Qro. ⁴Departamento de Medicina, Cirugía y Zootecnia para Pequeñas Especies FMVZ – UNAM. ⁵Departamento de

Genética y Bioestadística, FMVZ – UNAM

El carcinoma epidermoide (CE) es un tumor que afecta a todas las especies animales, con predilección por perros y gatos. El CE en humanos ha aumentado su frecuencia en los últimos años, esto ha hecho pensar que puede estar sucediendo lo mismo en animales domésticos. Con base en ello se buscó la frecuencia de CE en el Departamento de Patología de la FMVZ, de la UNAM de 2001 a 2011. Se revisaron los archivos del servicio de Anatomía Patológica de la FMVZ de la UNAM de 2001 al 2011. Se encontraron 320 casos de un total de 17979 estudios. Se tomaron como variables: especie, edad, género, localización, tratamiento, recurrencia, metástasis, supervivencia y muerte. Asimismo, se estableció un análisis de regresión para determinar si existe relación entre la frecuencia del diagnóstico de CE y la temperatura en el área metropolitana. De los 320 casos 75% (245) son perros, 17% gatos, 5% equinos, 2% bovinos, 1% especies no tradicionales. La localización más frecuente es en piel (87%) principalmente en región facial. Se presenta con mayor frecuencia en perros adultos. En 7 casos había exposición regular al sol. El CE representa el 9.9% de las neoplasias en piel de perros; que es la especie doméstica más afectada por esta enfermedad. En Medicina Veterinaria no existen estadísticas acerca de la frecuencia del CE en animales domésticos. El análisis de varianza no aporta evidencia estadística para determinar el porcentaje de casos de CE que está relacionado con la temperatura promedio por mes y la exposición a la luz solar.

TL-8

Adenocarcinoma endocervical: propuesta de un sistema de clasificación basado en patrones de crecimiento, con implicaciones clínicas: estudio multi-institucional

José Chanona-Vilchis¹, Kay J Park, Isabel Alvarado, Golnar Rasty, Sung R Hong, Andrea Diaz De Vivar, Brent Arville, Joanne Rutgers, Andres A Roma, Rouba Ali-Fehmi, Norihiro Teramoto, Yoshiki Mikami, Elvio G Silva Instituto Nacional de Cancerología México¹

El tratamiento del adenocarcinoma endocervical (AEC) se basa en la profundidad de invasión, sin embargo, este criterio histológico es difícil de medir con precisión. Más del 95% de los ganglios linfáticos resecados en los AEC son negativos, no obstante el procedimiento quirúrgico aumenta la morbilidad y no otorga beneficio a las pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar otros criterios histológicos que nos permitan identificar a las pacientes en riesgo de desarrollar metástasis ganglionares. Se revisaron 360 casos diagnosticados y tratados con histerectomía radical en 11 instituciones de Estados Unidos, México, Canadá y Japón. La información clínica y características histológicas fueron revisadas. Se evaluó, además, el patrón de invasión mediante un nuevo sistema, que se define de la siguiente manera: **Patrón A** = Glándulas bien delimitadas sin desmoplasia, independientemente de la profundidad de la invasión. **Patrón B** = Invasión al estroma temprana derivada de las glándulas neoplásicas bien delimitadas

Patrón C = invasión difusa, destructiva. Entre los 360 casos estudiados (etapa IA1 a IVB). La edad osciló entre 20 a 83 años (media 44.9) y la profundidad de la invasión de 0.5 y > 40 mm (media de 7,7 mm). La invasión linfovascular estuvo presente en 145 casos. La Tabla muestra los resultados que comparan el método habitual y el método propuesto basado en patrones para la evaluación de la profundidad de invasión.

Tabla 1

	Pacientes	Ganglios +	Total GL	# GL +	Estadio I	Estadio II-IV
Método habitual	360	53 (15%)	8187	83 (1%)	327 (91%)	33 (9%)
Patrón A	79 (22%)	0	1651	0	79 (100%)	0
Patrón B	91 (25%)	7 (8%)	2153	11 (0.5%)	89 (98%)	2 (2%)
Patrón C	190 (53%)	46 (24%)	4383	72 (2%)	157 (83%)	33 (17%)

GL= Ganglios Linfáticos

1- La clasificación por patrón histológico logra identificar a las pacientes que no necesitan la resección de ganglios linfáticos (Patrón A). 2- Las pacientes con patrón B rara vez tienen metástasis ganglionares (98% Estadio I). 3- La resección ganglionar debe ser ofrecida a las pacientes con patrón C (24% con metástasis ganglionares). 4- La clasificación basada en patrones es simple, reproducible y clínicamente relevante.

TL-9

Determinar la sensibilidad, especificidad y concordancia de la biopsia con aguja de corte para el diagnóstico de cáncer de mama.

L Hernández Briseño, V Olguin Cruces.

Ginecología- Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" IMSS

El cáncer de mama representa el tumor más frecuente en mujeres y primera causa de muerte por cáncer. Con un resultado de mastografía o ultrasonido anormal de características sugestivas de malignidad se debe realizar una toma de biopsia para confirmación histopatológica de tal manera que es crucial para el diagnóstico oportuno. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y comparativo para determinar la sensibilidad, especificidad y concordancia de la biopsia con aguja de corte para el diagnóstico de cáncer de mama en el servicio de Anatomía Patológica del hospital de Gineco-obstetricia No. 4. "Luis Castelazo Ayala". Se identificaron 90 casos de 2009 a 2011

y obtuvimos 63 con la información histopatológica completa (tipo y grado histológico, estado hormonal y Her2/neu. La sensibilidad fue de 83%, la especificidad fue de 85%, el valor predictivo positivo fue de 95% y el valor predictivo negativo de 60%.

Concordancia de las características evaluadas en la biopsia con la aguja de corte y el estudio definitivo.

Parámetro	Concordancia
Tipo histológico	71.79%
Grado de diferenciación (1,2,3)	56.41%
Receptores de estrógeno	94%
Receptores de progesterona	88%
HER-2/neu	94%

La sensibilidad y especificidad revela un valor similar a lo reportado por en la literatura con valores de 90.8% y 83.8%, con dichos resultados se propone se utilizar una categoría estandarizada para el reporte de la biopsia de mama con aguja de corte (National Health Service Screening Program) que aporte información con implicación terapéutica al médico tratante.

TL-10

Carcinoma papilar intraquístico (ipc) de la mama: un estudio clínico-patológico de 125 casos

Isabel Alvarado-Cabrero, Raquel Valencia-Cedillo, Sinuhé Barroso-Bravo, Jazmín De Anda-González

Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional SigloXXI, México, D.F.

Antecedentes: El Carcinoma Papilar Intraquístico (IPC) es una neoplasia poco frecuente de la glándula mamaria. Debido a que es una entidad rara, los datos en relación a la epidemiología son limitados. Por otro lado, IPCs han sido tradicionalmente considerados como una variante de carcinoma ductal in situ, sin embargo, no está claro si alguna de estas lesiones pueden representar un tipo especial de carcinoma invasor. Los objetivos de este estudio son: identificar características específicas de pacientes con IPCs e investigar la historia natural y la conducta biológica. **Material y métodos:** Del archivo de patología se seleccionaron los casos con diagnóstico de IPC y carcinomas

papilares sólidos (SCP) del periodo comprendido entre 1990 a 2010. Dos patólogos revisaron el material que correspondió a laminillas teñidas con H y E. Se evaluó la expresión de marcadores de células mioepiteliales (p63, calponina) así como expresión de Receptores de Estrógenos, Progesterona y Her-2neu en todos los casos. El tratamiento médico y el seguimiento de las pacientes fue obtenido del expediente clínico.

Resultados: Se incluyeron en este estudio 106 pacientes con carcinoma papilar intraquístico (85%) y 19 casos con carcinoma papilar sólido (15%). El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 59 años. El tamaño de las neoplasias fue de 2.2cm en promedio. De los 106 casos de IPC, 82 fueron puros, 14 mostraron microinvasión (IPC + Mi); 10 casos mostraron carcinoma papilar intraquístico con carcinoma invasor (IPC + IC). Seis casos (32%) de carcinoma papilar sólido fueron asociados con carcinoma invasor (SPC + IC). Todos los casos (125) mostraron ausencia completa de células mioepiteliales en la periferia de los nódulos, así como expresión de receptores de estrógenos, progesterona con HER2 negativo. A 52 pacientes se les realizó mastectomía, de estos 6 casos con IPC + IC, 3 con SPC + IC 2 con IPC puro y 1 con SPC puro tuvieron metástasis a ganglios linfáticos. A 73 pacientes se les realizó lumpectomía, de estas pacientes, 48 recibieron radioterapia y 25 hormonoterapia. 8 de 73 (11%) pacientes fueron tratadas de manera conservadora (1 con IPC puro, 4 con IPC + IC, 1 con IPC + Mi y 2 con SPC + IC) mostrando recurrencia local, incluyendo una paciente que tuvo metástasis pulmonar.

Conclusiones: IPCs puro y SPCs tienen excelente pronóstico; debido a la expresión fuerte de RE y RP la terapia hormonal puede ser propuesta para el tratamiento; el uso de quimioterapia de rutina es claramente no adecuado. La biopsia de ganglio centinela puede ser prudente para evaluar afectación ganglionar.

TL-11

Valor pronóstico de sobrevida de la expresión de bcl-2 en carcinoma mamario triple negativo

Bieletto E.O, Gómez M

Departamento de Patología. CMN 20 de Noviembre

El carcinoma mamario se trata de una enfermedad multifactorial con tendencia a la invasión a tejidos adyacentes y las metástasis. Los carcinomas mamaros triple negativo (CMTN) son neoplasias agresivas de mal pronóstico, alta recurrencia y carecen de tratamiento específico. El bcl-2 es un indicador de buen pronóstico de sobrevida en los carcinomas infiltrantes que no son triple negativo. Ning Zhang, et.al encontró la expresión de bcl-2 en el 15.5% de CMTN de manera incidental, sin embargo, no hay estudios que relacionen la expresión de bcl-2 con la sobrevida. Se seleccionaron casos con CMTN del archivo de patología del CMN 20 de noviembre; se revisaron las laminillas y se corroboró diagnóstico, se realizó inmunotinción para bcl-2 y se estudiaron variables anatomopatológicas y clínicas. Para el análisis de la información, se utilizó el programa estadístico SPSS 17, análisis descriptivo e inferencial. Del universo (135) cumplieron criterios de selección 31 biopsias con

CMTN, el 16% expresó bcl-2; el análisis de sobrevida de pacientes con CMTN y expresión de bcl-2 a 5 años mostró un RR de 2.8 (IC₉₅ 1.8-4 y p 0.05). El presente trabajo evidencia una significancia estadística para la sobrevida de los pacientes con CMTN que expresan bcl-2, se establece validez para la hipótesis de trabajo y con estos resultados se aporta información para la estratificación y manejo terapéutico de los casos de CMTN.

TL-12

Caracterización morfológica de los carcinomas de la glándula mamaria triple negativos, en un grupo de mujeres mexicanas

Ojeda-Gaona A, Almeida-Navarro JS, Pérez-Sánchez VM, Herrera-Goepfert R, Arrieta O, Maldonado HA

Instituto Nacional de Cancerología

El carcinoma de mama triple negativo (CMTN) es aquel negativo para receptores de estrógenos (RE), receptores de progesterona (RP) y HER2neu. En México sólo hay un informe de la prevalencia de CMTN en pacientes con cáncer de mama, la cual fue de 23.1%, sin embargo no hay una caracterización de los parámetros morfológicos y marcadores por inmunohistoquímica. Se estudiaron 127 casos de CMTN diagnosticados en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Se obtuvieron datos de la historia clínica y se realizaron microarreglos de tejido con los bloques de parafina representativos del tumor de cada paciente, se realizó a cada uno los siguientes anticuerpos: RE, RP, HER2-NEU, Ki67, EGFR, receptores de andrógenos (RA), p53, p63, Actina, S-100 y citoqueratinas basales (CK5/6 y CK14). Para el análisis

de datos se utilizó el software SPSS (Versión 17.0; SPSS, Chicago, Ill). Los CMTN, se clasificaron según el perfil de inmunológico en basales (expresión de CK5/6 y CK14) y mioepiteliales (expresión de S100 y/o actina). En el análisis de supervivencia los factores asociados a mejor pronóstico fueron estadio temprano y menor paridad. Pacientes con fenotipo mioepitelial y sobrepeso presentaron peor pronóstico. En el análisis multivariado las variables significativas fueron estadio y número de gestas. El sobrepeso (IMC > 25) fue un factor adverso importante en la supervivencia de pacientes con patrón mioepitelial siendo a 3 años de 62.9%. Nuestros resultados sugieren, que es recomendable analizar los factores de riesgo, principalmente el sobrepeso, por ser un factor de mal pronóstico. La prevalencia en México de cáncer de mama triple negativos es más alto que la reportaba en la literatura. Las pacientes quienes presentaban un mayor número de partos, tuvieron una sobrevida menor que las demás pacientes.

TL-13

Prevalencia de linfomas nasales y estudio clinicopatológico de los linfomas NK/T extranodales tipo nasales en el Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS

Emanuel Gámez Rosas R2 AP¹; Teresita Plascencia Ortiz MB¹; Arlett Calipzo Perez Peña MB¹; Héctor Montoya Fuentes²; Roberto Carlos Rosales Gómez^{2,1}

Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. ²Laboratorio de microbiología molecular. División de Medicina Molecular del Centro de Investigaciones Biomédicas de Occidente

Los linfomas de la cavidad nasal son poco frecuentes y dependiendo de la población estudiada se describen proporciones variables entre linfomas de tipo B y T. Los linfomas T/NK nasales constituyen una entidad específica clínica y patológica con un comportamiento agresivo. Su prevalencia es mayor en Asia y América Central. Están caracterizados por un inmunofenotipo CD56/CD3 positivos con expresión de moléculas citotóxicas y asociados a infección por EBV. Se analizaron los archivos entre los años 2003 a 2012 para establecer la prevalencia general de los linfomas de cavidades nasales seleccionando para el estudio los linfomas NK/T nasales que tuvieran bloques con tejido incluido en parafina, lamimillas e inmunohistoquímica completa. Se hizo búsqueda de datos en el archivo clínico del Centro Médico Nacional de Occidente para complementar el estudio. Hallamos 47 linfomas de cavidades nasales diagnosticados entre el año 2003 y el 2012, de los cuales 25 corresponden a linfomas de estirpe B y 22 a linfomas de estirpe T. Seleccionamos 10 linfomas NK/T nasales diagnosticados del 2008 al 2012. La edad media de presentación fue de 62 años oscilando entre los 14 y los 78 años. La sintomatología presentada al inicio fue obstrucción nasal y rinorrea. La afección en la mayor parte de los casos involucraba cavidad nasal y al menos otra cavidad neumática. El tratamiento en todos los casos fue quimioterapia y radioterapia. Todos presentaban positividad para CD 56 y CD 3. La morfología celular era variable y en todos los casos se encontró necrosis extensa. Se realizó confirmación con PCR para EBV. Los linfomas NK/T nasales representan una proporción

importante de casos en nuestro medio. Aunque la morfología histológica y la inmunohistoquímica son útiles se requiere confirmación diagnóstica con hibridación in situ o PCR para EBV.

TL-14

Nuevos probables factores de riesgo para el desarrollo de leucemias agudas en pacientes pediátricos de la zona norte del estado de Veracruz

Angel Fomperoza Torres, Juan Pablo Robles Noriega, Erika García Olivares, Karina E. Retiz Guzmán, Esperanza Hernández Cuellar.

Servicios de Salud de Veracruz Hospital Regional de Poza Rica

Las leucemias representan el tipo de cáncer más frecuente en la infancia. En México representan alrededor de 40 % de todas las neoplasias, algunos factores de riesgo como la exposición a campos electromagnéticos, la dieta, el tabaquismo y el alcoholismo en los padres, tienen resultados inconsistentes atribuibles a errores metodológicos en los estudios. Pero se recomienda tomar una actitud de prudente cautela para aceptar que dichos factores causen las leucemias agudas. En nuestro estudio encontramos que exposición a termoelectricas, talleres mecánicos podrían estar relacionados, así como presentaciones inusuales de síntomas y signos clínicos. Se estudiaron 8561 pacientes pediátricos de la zona norte del estado de Veracruz en un lapso de 5 años, de los cuales 33 pacientes tuvieron diagnóstico confirmado de leucemia linfoblástica aguda o leucemia mieloblástica aguda. Se determinó una tasa de incidencia de 3.85 y una tasa de mortalidad de 0.3504 para las leucemias agudas en nuestra

población. Los factores de riesgo que se identificaron fueron: escolaridades bajas de los padres, nivel socioeconómico bajo, exposición a campos con fertilizantes, termoeléctricas, ríos con desechos químicos y talleres mecánicos. En la zona norte de Veracruz ha aumentado la incidencia de leucemias agudas en los últimos cinco años, es un problema de salud por lo que este estudio trató de identificar la causa de este incremento, descubriendo factores de riesgo no descritos en la literatura (termoeléctricas y talleres mecánicos) y presentaciones clínicas infrecuentes como artralgias y mialgias, haciendo una contribución para la identificación de nuevos factores de riesgo y clínica infrecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosell Mas A.I., Juan Marco M.L., Rafecas Renau F.J., Servicio de Hematología H. U. Dr. Peset. Valencia. Leucemias. García Rodríguez J.A, et al (2001): Guía clínica para la evaluación y el tratamiento del paciente neutropénico con fiebre. Rev Infect Dis 14 (1) 75-83
2. Mejía A. J.M., Ortega A. M.C., Fajardo G. A., Epidemiología de las leucemias agudas en niños. Parte 1. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Rev Med IMSS 2005; 43 (4): 323-333
3. Mejía-Aranguré JM; Fajardo-Gutiérrez A; Bernáldez-Ríos R; Paredes-Aguilera R; Flores-Aguilar H; Martínez-García MC. Incidencia de las leucemias agudas en niños de la ciudad de México, de 1982 a 1991. Salud Pública Mex 2000;42:431-437.

TL-15

Genotipificación de los polimorfismos +3954(C/T) y -511(C/T) del GEN *IL 1B* y -308(G/A) del GEN *TNF* en pacientes mexicanos con/ sin gastritis crónica

María Esther Gutiérrez Díaz Ceballos; Humberto Cruz Ortiz; Norma Estela Herrera Gonzalez; Fernando Fernández Ramírez

*Hospital General de México OD y

**Escuela Superior de Medicina IPN

Introducción: En la última década los casos de Gastritis en México han aumentado por lo que a partir de 2004 ocupa el 4º lugar como padecimiento de los Casos Nuevos Bajo Vigilancia Epidemiológica de registro obligatorio para instituciones públicas, de frecuencia en este grupo de patologías.

La causa más común de gastritis crónica (GC) bacteriana es el *Helicobacter pylori* (HP), el cual es más frecuente en países subdesarrollados como México, latinoamérica y África. Los polimorfismos de nucleótidos sencillos (SNP) de los genes de la *IL1B* y *TNF* han sido implicados en la severidad de ciertas enfermedades, tal como la periodontitis, artritis reumatoide, etc.

Planteamiento del problema: El polimorfismo de los genes mencionados pueden afectar la expresión de estas citocinas en el epitelio gástrico de los pacientes mexicanos con GC y en consecuencia la severidad de la enfermedad. **Hipótesis y Objetivo general:** Es si hay asociación de estos polimorfismos de estas citocinas con la GC de pacientes mexicanos.

Metodología: Estudio observacional de casos y controles, analítico, transversal, prospectivo, en pacientes mexicanos del Hospital General de México, OD (Endoscopia, Patología y Genética). El cálculo de tamaño de muestra se utilizó la fórmula para proporciones para comparación de dos grupos, con muestreo no probabilístico, de casos y controles consecutivos, que

cumplieron los criterios de selección, obteniendo 128 casos, de los cuales 117 se les realizó estudio de biopsia y genético. **Resultados:** Los polimorfismos -511 (T) y +3954(T) del gen *IL 1B* puede ser un factor de riesgo en pacientes con GC sin HP (OR1.6, IC0.7 -4.1) y con GC+HP (OR1.57, IC0.4-5.7), respectivamente.

TL-16

Presencia y distribución de células dendríticas plasmacitoides en carcinoma linfopitelial. Posible implicación en la patogénesis y potencial blanco terapéutico

Guajardo López Clotilde, Jurado Castañeda Emiliano, Cano Valdez Ana María.

Instituto Nacional de Cancerología

Las Células Dendríticas Plasmacitoides (CDPs) forman parte fundamental del sistema inmune mediante la producción de interferón alfa (IFN α) y la presentación de antígenos. Pueden ser activadas por estimulación de los receptores "toll-like" (TLRs). La estimulación de TLR-9 induce la producción de IFN α , quimiocinas y citocinas que favorecen el reclutamiento de células NK, linfocitos T activados y macrófagos. Se ha sugerido que en tumores de etiología viral, algunos componentes del microorganismo interactúan con elementos del microambiente tumoral e inducen disfunción de los TLRs. De esta manera, la respuesta limitada de las CDPs contribuye a la reducción de la respuesta inmune durante infecciones virales crónicas y oncogénesis. No se ha estudiado previamente el papel de las CDPs en el Carcinoma Linfopitelial (CLE). Se revisaron los archivos de

Patología Quirúrgica del Instituto Nacional de Cancerología para identificar y seleccionar los casos diagnosticados como CLE de cabeza y cuello. Se seleccionó además un grupo control (tejido linfóide no neoplásico) para comparación. Se realizaron microarreglos tisulares e inmunohistoquímica para CD123, CD4, CD56, TLR-9 y LMP-1, además de hibridación in situ (EBER). También se revisaron los expedientes clínicos y se analizaron los datos mediante estadística descriptiva. Se incluyeron 32 pacientes con CLE, 22 hombres y 10 mujeres con una media de 49.9 años. Se identificaron CDPs en CLE principalmente en la transición entre los nidos tumorales y las células linfoides. En los casos control se encontraron en el espacio interfolicular y alrededor de las vénulas post-capilares. En 3 casos de CLE se observó expresión de TLR-9 por las CDPs. En 18 casos se comprobó infección por VEB mediante EBER. Este es el primer estudio que explora el papel de las CDPs en la patogénesis del CLE. Se observó disminución de la expresión de TLR-9, lo cual sugiere disfunción de estos receptores. Esta respuesta limitada de las CDPs podría contribuir a reducir la respuesta inmune antimicrobiana y antitumoral, participando en la oncogénesis. Por lo tanto, representan una diana potencial para nuevas estrategias terapéuticas basadas en agonistas TLR. En la actualidad se han desarrollado fármacos con esta función, los oligodeoxinucleótidos CpG (ODNs) se han probado con resultados promisorios como adyuvantes en combinación con otros agentes en algunos tumores. Nuestros resultados sugieren que los agonistas TLR podrían utilizarse como terapia blanco adyuvante en el manejo de CLE.

TL-17

Displasia cortical focal: hallazgo en seis casos de autopsia

Marisol Gramajo Rodas; Dafne Ayala Dávila; Tania Garibay Huarte Laura G. Chávez Macías; Erick Gómez Apo
Unidad de Patología. Hospital General de México y Facultad de Medicina UNAM

La displasia cortical focal (DCF) es un tipo de malformación del desarrollo cortical (MDC) que ha sido usado muchas veces como sinónimo de MDC; El término DCF fue inicialmente utilizado por Taylor y Falconer en 1971 para describir anomalías focales de la estructura cortical con alteraciones de la laminación, neuronas dismórficas y células balonoides en enfermos con epilepsia fármaco-resistente. La DCF es la malformación del desarrollo cortical que más frecuentemente se encuentra en dichas epilepsias. Aunque su etiología no se encuentra completamente dilucidada, estas lesiones se caracterizan por la presencia de neuronas y células gliales anormales en alguna región de la corteza cerebral. Se revisaron 580 casos de autopsias efectuadas de enero del año 2011 a enero del 2012, y se encontraron seis casos con displasia cortical focal, con las siguientes características:

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico Clínico	Tipo de Displasia	Otros hallazgos	Antecedentes Médicos
1	1 mes	M	Hidrocefalia congénita	I A	Estenosis del acueducto	VDVP
2	51	F	Enfermedad mieloproliferativa	I A	Encefalopatía de Wernicke	Esquizofrenia
3	84	M	HTA	I A		Esquizofrenia paranoica
4	54	M	Anemia aplásica	I A		
5	75	F	Linfoma no Hodgkin	I A		HTA
6	53	F	Linfoma no Hodgkin	I A		

Se ha observado que la displasia cortical tipo I (Palmini) puede estar presente en personas sanas, y aun no se sabe cuál es el desencadenante para que la DCF se manifieste como epilepsia, ninguno de nuestros casos tiene historia de convulsiones y la displasia fue solo un hallazgo en la autopsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. Palmini MD, PhD; I. Najm, MD; G. Avanzini, MD; T. Babb, PhD; R. Guerrini, MD; N. Foldvary-Schaefer, et al; Terminology and classification definition of the cortical dysplasias NEUROLOGY 2004;62:S2-S8.
2. Barkovich AJ, Kuzniecky RI, Jackson GD, Guerrini R, Dobyns WB: Classification system for malformation of cortical development. Neurology 2001; 57:2168-2178.
3. Dr. Marcelo Gálvez M, Ing Gonzalo Rojas C), Drs. Jorge Cordovez M., David Ladrón de Guevara, Manuel Campos P, Isabel López S. Displasias corticales como causa de epilepsia y sus presentaciones en las imágenes. Rev Chil Radiol 2009;15:25-38

TL-18

Las variantes histopatológicas de las neoplasias renales en niños". Hospital de Pediatría CMN SXXI 1998-2008

Cortés Ponce de León, Claudia Karina;¹ Ramón García, Guillermo;¹

Rendón Macías, Mario Enrique;² Flores Salgado, Margarita;¹ Delgado Velázquez, Alberto.¹

¹Servicio de Patología. ²Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI

Las neoplasias renales en México ocupan el 7º lugar de cáncer pediátrico y son los tumores abdominales sólidos más frecuentes. Reportar la frecuencia de las variantes histopatológicas de neoplasias renales pediátricas de la UMAE HP-CMN-SXXI-IMSS durante 11 años y determinar las características histopatológicas pronósticas que recomienda el NWTs 1 a 5. Se seleccionaron los tumores renales registrados en los archivos de Patología del 1º de Enero de 1998 al 31 de Diciembre de 2008. De 89 casos: 68 Nefroblastomas (TW) siete con anaplasia (tres difusa y cuatro focal); 7 Tumores Rabdoides; 4 Carcinomas Renales, dos de células claras y dos papilares, uno presenta el espectro de diferenciación entre el Adenoma Metanéfrico, Nefroblastoma y Carcinoma Papilar (Tumor complejo); 4 Nefromas Mesoblasticos, tres clásicos y uno celular (anaplásico); 2 Sarcomas de Células Claras; 2 TNPE; 1 Adenoma Metanéfrico y 1 Nefroma Multiquístico. La edad promedio fue 3 años 8 meses (0 a 15 años). Predominaron en niñas, a excepción del Tumor Rabdoide y Sarcoma de Células Claras. En promedio los especímenes pesaron 505g, midieron 13cm y presentaron tumores de 10 cm. Los mayores fueron Sarcoma de Células Claras y un Nefroblastoma Rabdomiomatoso Fetal. Cinco casos únicamente contaron con BAAF. De las 84 nefrectomías, 51 mostraron in-

vasión capsular, 40 al seno renal y 20 permeación vascular. Igualando lo reportado, el Nefroblastoma es el tumor renal pediátrico primario más frecuente. Pero, encontramos más Tumores Rabdoides, Carcinomas de Células Renales y Nefromas Mesoblasticos. La mayoría son tumores grandes con datos de invasión tumoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fajardo GA, Mejía AJ, Hernández CL, Mendoza SH, Garduño EJ, Martínez GM. *Epidemiología descriptiva del cáncer en el niño*. Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health 1999; 6(2): 75-88.
2. Murphy W, Grignon DJ, Perlman E. *Tumors of the kidney, bladder and related urinary structures*. Atlas of tumor pathology Series 4. Fascicle 1. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, DC. 2004; 1-99.
3. Argani P & Beckwith JB. *Renal neoplasms of childhood*. In Stenberg's *Diagnostical Surgical Pathology*. Lippincott Williams & Wilkins. 2004; 2001-2033.
Perlman E. *Pediatric Renal Tumors: Practical Updates*. *Pediatr Dev Pathol* 2005; 8: 320-3.

TL-19

Tumores Carcinoides Broncopulmonares. Revisión de dieciocho casos en Centro Médico Nacional de Occidente

González Yadhira. Alvarado Francisco. Plascencia Ortiz Teresita

Departamento de Anatomía Patológica. Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) UMAE IMSS

Los Tumores Neuroendocrinos pulmonares constituyen un grupo bien definido, la OMS los clasifica en 4 tipos: Tumor Carcinoide Típico, Tumor Carcinoide Atípico, Carcinoma neuroendocrino de células grandes y,

de células pequeñas; en base a la morfología, índice mitótico, presencia o ausencia de necrosis. Los Tumores Carcinoides son neoplasias malignas de bajo grado, representan el 1-2% de los tumores pulmonares. Se reconocen el Típico y el Atípico. El tratamiento de elección es la cirugía, con buen pronóstico y la supervivencia a 10 años es de casi el 90%. Se revisaron los archivos del departamento de anatomía patológica registrando 18 casos con diagnóstico de Tumor Carcinoide de pulmón (Neoplasias Neuroendocrinas de Bajo Grado) del año 2002 al 2011, se complementa con los expedientes del archivo clínico. Se encontraron 18 casos con diagnóstico de Tumor Carcinoide, la edad promedio de 45 años, 11 casos en mujeres, 7 en hombres; centrales en el 95% con tamaño tumoral promedio de 3cm, periféricos en el 5% con 2.8cm. Típicos por morfología neuroendocrina (patrón insular predominante), menos de 2 mitosis y ausencia de necrosis. El 77% de los casos tratados con lobectomía y disección ganglionar, un caso con metástasis (5%). La supervivencia es de 5 años al momento actual del registro. La importancia en el diagnóstico del Tumor carcinoide radica en que la supervivencia es de 5 a 10 años en casi el 90% de los casos, con buen pronóstico y respuesta al tratamiento.

TL-20

Pielonefritis Xantogranulomatosa: informe de 44 casos del hospital general de México, durante el período 2000-2010

Tania Garibay Huarte, Mario Murguía Pérez, Gerardo Arísti Urista
Servicio y Departamento de Patología,

Hospital General de México y Facultad de Medicina, UNAM

La pielonefritis xantogranulomatosa (PXG) fue descrita en 1916 por Schlaghauser; es una entidad infecciosa crónica de baja prevalencia (0.6-1 % de casos de pielonefritis). Tiene manifestaciones clínicas inespecíficas (dolor abdominal o en flanco, fiebre, disuria, hematuria); es más frecuente en mujeres diabéticas de edad media, y está asociada con nefrolitiasis. En la mayoría de los casos produce destrucción del parénquima renal y, a diferencia de la pielonefritis crónica convencional, comúnmente se extiende al tejido perirrenal. El diagnóstico diferencial incluye carcinoma renal, pionefrosis, y enfermedades quísticas renales. Aunque los estudios de imagen, particularmente la tomografía axial, permiten en la actualidad efectuar el diagnóstico preoperatorio, éste casi

nunca es correcto. La nefrectomía es el tratamiento definitivo. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se revisaron 164 casos de nefrectomía por diversas causas, en un período comprendido entre el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2010. Encontramos 44 casos de pielonefritis xantogranulomatosa y revisamos algunas características clínicas, como el diagnóstico preoperatorio y asociación con diabetes mellitus, y las características macro y microscópicas sobresalientes. Treinta y un casos (70.45 %) ocurrieron en mujeres y 13 (29.55 %) en hombres, la edad de presentación tuvo una media de 41.3 años; 90% se asociaron con litiasis renal, 29% ocurrieron en pacientes diabéticos y sólo 4 casos (9 %) fueron diagnosticados preoperatoriamente como PXG; el resto, como tumor, tuberculosis o 'exclusión' renal. Al producir aumento del volumen renal, formar nódulos o

masas de color amarillo que destruyen el parénquima, y extenderse al tejido perirrenal, la PXG frecuentemente se confunde con carcinoma. Microscópicamente debe diferenciarse de la malacoplaquia. La incidencia de PXG en nuestro hospital es relativamente más alta que la informada a nivel mundial; no obstante, sigue siendo una enfermedad rara que alarma por su aspecto macroscópico, es poco conocida por los patólogos, e incorrectamente diagnosticada por los clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rajesh A et al. 'Computed tomography findings in xanthogranulomatous pyelonephritis'. J Clin Imaging Sci 2011;1:45
2. Korkes F et al. 'Xanthogranulomatous pyelonephritis: clinical experience with 41 cases'. Urology 2008;71:171-80.
3. Craig WD, Wagner BJ, Travis MD. 'Pyelonephritis: radiologic-pathologic review'. Radiographics 2008;28:256-77.

PRESENTACIÓN EN CARTEL

C-1

Estesioneuroblastoma olfatorio, reporte de cuatro casos y revisión de la literatura

*Brenda Esther Vázquez López**; *Julia de Leija Oliva Portilla***; *Eduardo Alfredo González Murillo***; *Amalia Castro Rodríguez***; *Edmundo Erbey Castelán Maldonado***; *María del Carmen Juárez García***; *Cesar Iván Peña Ruelas***; *Ramses Espinoza Armendáris****; *José Iván Torres Muñoz****; *Aldo Fabricio Castro Carrasco*****; *Alejandra Jazmín Torres Rosas***

*RII de Anatomía Patológica, ** Médico Adscrito al Departamento de Anatomía Patológica, *** RII de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica; ****RII de Otorrinolaringología. UMAE 25, IMSS. Monterrey, N. L.

El Estesioneuroblastoma (ENB) es un tumor maligno, poco frecuente que representa del 3-6% de los tumores intranasales¹. Presentación de cuatro casos con diagnóstico de ENB en la UMAE 25. Se estudiaron cuatro pacientes de la 5ª década de la vida que presentaban por rinoscopia una lesión nasal de aspecto polipoide y blanque-

cina, manifestada por obstrucción nasal, rinorrea y epistaxis. Las imágenes de TAC y RM mostraron un tumor localizado en seno maxilar, etmoidal y cornetes, en uno de ellos se observó una lesión de bordes irregulares bien definidos, hiperintenso ocupando el seno esfenoidal en su totalidad con destrucción parcial de sus paredes anterior y posterior, extendiéndose a la porción posterior del seno etmoidal derecho. Con lo anterior se procedió en todos los casos a realizar cirugía. En el departamento de Patología se recibieron para estudio definitivo en formol varios fragmentos de tejidos

irregulares, blanquecinos, hemorrágicos entremezclados con material mucoide y blandos. Obteniendo en cortes microscópicos teñidos con hematoxilina y eosina (HE) una neoplasia constituida por células pequeñas redondas y azules, decidiendo la realización de inmunohistoquímica (IHQ). ENB (Neuroblastoma) olfatorio, con reactividad positiva para Sinaptofisina, Cromogranina, Enolasa Neuronal Específica y S-100. El ENB es un tumor neuroendocrino poco común que se origina en las células del epitelio olfatorio de la cavidad nasal, con afección entre los 40-60 años de curso lento y evolutivo.¹⁻² Por ser una neoplasia embrionaria el diagnóstico puede ser confundido con otras neoplasias indiferenciadas, por lo que deben utilizarse criterios histomorfológicos, inmunohistoquímicos y de microscopía electrónica.²

BIBLIOGRAFÍA

1. Morocho, P, Russo, MF, Knezevich, F, y col. Estesioneuroblastoma y Panhipopituitarismo: Presentación de un caso. *Rev. Argent. Neurol.* 2010; 24:61.
2. Gutierrez, L, Salas, C, Rodríguez, R. Estesioneuroblastoma: Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Oncología*, 2005;28(7): 351-361.

C-2

Tumores odontogénicos malignos: Análisis de 25 casos Latinoamericanos

M. Martínez-Martínez¹, R. Carlos-Bregni², O. Paes-De Almeida¹, A. Mosqueda Taylor³

1. Facultad de Odontología de Piracicaba, UNICAMP, Brasil. 2. Centro Clínico de Cabeza y Cuello, Guatemala. 3. Depto. Atención a la Salud. UAM Xochimilco, México

Los tumores odontogénicos malignos (TOM) son muy raros, ya que comprenden menos del 7% de todos los tumores odontogénicos (TO). Su etiología es desconocida; algunos representan la contraparte maligna de entidades reconocidas, otros surgen de la transformación maligna del epitelio de revestimiento de quistes odontogénicos y en menor frecuencia se pueden desarrollar *de novo*. Estudio retrospectivo en el que estudiamos 2140 TO (2,54% del total de estudios registrados) provenientes de 4 servicios de patología bucal en Latinoamérica entre 1979 y 2010, de los cuales 25 (1,17%) correspondieron a TOM. Hubo 19 carcinomas (76%) y 6 sarcomas (24%), localizados más frecuentemente en mandíbula. Entre los carcinomas hubo un ameloblastoma metastásico, 7 carcinomas ameloblásticos, 5 carcinomas escamocelulares intraóseos primarios, 3 de los cuales provenían de queratoquiste odontogénico y 2 del revestimiento de quistes odontogénicos; hubo 3 casos de carcinoma odontogénico de células claras y 3 de carcinoma odontogénico de células fantasma. Seis casos correspondieron a fibrosarcoma ameloblástico. De los 25 casos de TOM, 13 se presentaron en hombres y 12 en mujeres, con un rango de 7 a 77 años de edad, y media de 41,4 años. De los carcinomas, la edad media de los pacientes fue de 48,4 años, mientras que para los sarcomas fue de 19 años. Las características clínico-patológicas y conducta biológica de los TOM permiten diferenciarlos de otras lesiones malignas que pueden presentarse en los maxilares, y la información obtenida en este tipo de estudio representa una fuente valiosa de información epidemiológica y de material histológico

para apoyar el desarrollo de otros tipos de investigación en esta área.

C-3

Hemangioendotelioma primario de corazón en válvula tricúspide.

Presentación de un caso

Quintal Ramírez Marissa J, Jerónimo Guerrero Debbie S, Sánchez Claudio Mariela, Martínez Olivares Jocabed Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

El hemangioendotelioma (HE) es un tumor de origen vascular, considerado de potencial maligno intermedio en la clasificación de tumores cardíacos de la Organización Mundial de la Salud³, sólo el 15% de ellos tienen características atípicas con comportamiento más agresivo⁴. Se presenta en un amplio rango de edad (12 a 86 años), sin predominio de género. Se reporta el caso de un HE con patrón histológico clásico y áreas residuales de hemangioma cavernoso, primario de corazón, localizado en el sistema valvular aurículo-ventricular. Mujer de 65 años, con datos de insuficiencia valvular y síncope, en ecocardiografía se observa tumor en válvula tricúspide, sin otras alteraciones aparentes en estudios de extensión. Se realiza resección de la lesión y se recibe espécimen de 6.5x4.5x4cm, constituido por espacios vasculares de tamaño variable ocupados por material hemorrágico, que afecta la válvula tricúspide y se extiende al aparato subvalvular, músculo papilar adyacente, válvula mitral y pulmonar. En cortes histológicos es una lesión de células endoteliales rodeando estructuras vasculares, con áreas hialinas, mixoides y

vasos cavernosos congestivos; resultó positiva a CD31, CD34 y factor VIII. El HE es una neoplasia poco frecuente con sólo cinco casos primarios de corazón descritos en la literatura^{5,7}. La positividad para marcadores de endotelio vascular confirman el diagnóstico. Es una lesión de mal pronóstico con sobrevida menor de un año⁷ debido a su localización, potencial de metástasis (30%)⁵ y dificultad de resección, como en este caso.

REFERENCIAS

1. Weiss WS, Goldblum RJ. Soft tissue tumors. Elsevier, 2008: 681-687.
2. Fletcher DM, Uni KK, Mertens F. World Health Organisation Classification of Tumors: Pathology and genetics of soft tissue and bone. Lyon, France: IARC press, 2002.: 173-174.
3. Mentzel T, Behan A, Calonje E. Epithelioid Hemangioendothelioma of skin and soft tissues: Clinicopathology and immunohistochemical study of 30 cases. Am J Surg Pathol 1997; 21: 363-374.
4. Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink. World Health Organisation Classification of tumors of the lung, pleura, thymus and heart. Lyon, France; IARC Press, 2004: 275.

C-4

Miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho / displasia. Reporte de un caso

A Moreno-Vázquez, O Arellano-Escudero, P Soto-Márquez, G Valero-Elizondo, A Delgado-Velázquez, CA Flores-García

UMAE Hospital de Cardiología, CMN SXXI, IMSS

Introducción: Entidad poco frecuente designada por Fontaine en 1977 como "Displasia arritmogénica del ventrículo derecho", de etiología discutida y de la que existen diferentes

teorías. Actualmente de acuerdo con la OMSS / ISFC dentro de las cardiomiopatías considerada como la atrofia o pérdida no isquémica del miocardio ventricular derecho genéticamente determinada y manifestada en la adolescencia o edad adulta temprana.

Presentación del caso: Hombre de 18 años con tabaquismo ocasional y cuadros frecuentes de vías respiratorias superiores que inició en 2010 con disnea progresiva con hallazgo por radiografía de tórax de cardiomegalia, referido a nuestro hospital en donde por ecocardiograma con datos de cardiomiopatía dilatada con afectación predominantemente del ventrículo derecho, por Holter extrasístoles supraventriculares, ventriculares y de bloqueo de rama derecha e izquierda de Haz de His, incluido en protocolo para trasplante cardíaco que se realizó en julio de 2011 sin complicaciones, con envío para estudio del corazón explantado de 450 g con dilatación de cavidades principalmente derechas y adelgazamiento global de pared libre de ventrículo derecho, ápex y focalmente del ventrículo izquierdo y septo, que histológicamente correspondían a zonas de reemplazo miocárdico por tejido fibroadiposo. **Discusión:** El diagnóstico de esta enfermedad es difícil por su variable presentación clínica desde asintomática y causa de muerte súbita, su típica presentación con arritmias ventriculares o ya en estadios avanzados como miocardiopatía dilatada por afectación biventricular y del septo, existiendo en la actualidad diferentes criterios clínicos, electrocardiográficos, morfológicos y anatomopatológicos para su diagnóstico, siendo estos últimos los considerados como absolutos.

C-5

Citología en base líquida en biopsia por aspiración de tiroides y mama: complemento al método tradicional

José de J. Curiel Valdés Patólogo Grupo Diagnóstico, Gabriel Merchan Escalante Ginecólogo*

Laboratorio Grupo Diagnóstico. México. D.F.

En la BAAF es frecuente que el material aspirado sea diluido con sangre, obtenido entre líquido de quiste o con muy pocas células. Adicionalmente hay artificio por desecación. El material sobrante de la jeringa y aguja es desechado. El propósito de este trabajo es rescatar este material enjaugando la jeringa y aguja en fijado de CBL y saber que contenía y si era posible hacer un diagnóstico en los casos de material inadecuado en las laminillas originales. BAAF en el periodo de enero de 2009 a agosto de 2010, son analizadas en 2 grupos. 1.-casos control de la forma habitual, sin rescate del sobrante de la jeringa, utilizando el número de laminillas requeridas por el material obtenido,. 2.- Un frotis del material habitual y el sobrante rescatado en CBL del pivote de la aguja y jeringa. Mama y de tiroides fueron los órganos incluidos. Grupo 1 se dividió en el material obtenido con ayuda o no de US. 2o grupo obtenido por US en el caso de lesiones no palpables y 3 con observación microscópica del material antes de terminar el procedimiento. Se evaluó el material adecuado para diagnóstico en 3 grupos 1.- óptimo. 2.- Sub óptimo con células presentes pero de calidad de fijación o en número sub óptimo pero susceptible de diagnóstico. 3.- no apto para diagnóstico. no es el objeto de este tra-

bajo hacer la correlación diagnóstica, además de que el espécimen final no fue evaluado en nuestro laboratorio en muchos casos. El material de BAAF en la forma tradicional fue óptimo en 52.5%, el subóptimo 6.5 %. Del 47.5 de material inadecuado, 34.5 % ausencia de células, 13 % era sangre. Del material tomado simultáneamente con frotis convencional y el sobrante en CBL de manera global en el frotis fue 69.7 % y CBL 97.1 %. Dividido el material en óptimo, CBL 84.6%, Frotis 41.7%. El subóptimo CBL 12.6 % contra 28 % del frotis convencional. El rescate del material residual en jeringa y aguja que normalmente son desechados logra mejorar el material diagnóstico de 69 a 97 % .

C-6

Estudio de concordancia diagnóstica cito-histológico en biopsias por aspiración de aguja delgada guiada por ultrasonido endoscópico en el Instituto Nacional de Cancerología, del 1ro. de octubre del 2010 al 31 de octubre del 2011

Cruz Rubio María Guadalupe, Rita Sotelo-Regil Hallmann, Margarita Ibarra del Río y Lorena Flores Hernández

Instituto Nacional de Cancerología

La biopsia por aspiración de aguja delgada (BAAD) guiada por ultrasonografía endoscópica (USGE) ha extendido la capacidad de diagnóstico en lesiones que antes no eran accesibles. La sensibilidad y especificidad se reporta de 89-94% y 93-100%, respectivamente, con exactitud de 87-95%. Es de gran apoyo en el caso de tumores del tracto gastrointestinal superior e inferior, ganglio linfático,

páncreas, hígado, árbol hepatobiliar, glándula suprarrenal y mediastino. Es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. No se requirió consentimiento informado. Se incluyeron todas las BAAD guiadas por USGE enviadas al departamento de Citopatología, durante el período comprendido del 01 de octubre del 2010 al 31 de octubre del 2011. Se excluyeron las muestras inadecuadas, que no contaron con bloque celular y/o corte histológico de parafina. El total de casos fue de 84 BAAD guiado por USGE, 37 hombres y 47 mujeres de 25-84 años de edad. Se excluyeron 36 casos. En total con 48 casos para realizar la concordancia citohistológica. La mayoría de los casos, fueron de páncreas, seguidas por las de ganglio linfático, estómago, vía biliar e hígado. La sensibilidad fue de 95.83% y la especificidad de 100%. Se encontraron un total de 46 casos (54.76%) con neoplasia, el tumor más frecuente fue el adenocarcinoma con 28 casos (60.86 %). Comparando con otros métodos diagnósticos la BAAD guiada por USGE ha demostrado ser una opción más en lesiones no accesibles y que debe ser tomada en cuenta en nuestro medio, debido a la exactitud diagnóstica, su fácil acceso y el costo beneficio que representa para el paciente y la institución.

C-7

Manchas Sensoriales (MS) Cutáneas del *Alligator mississippiensis* y Células Névicas Intradérmicas (CNI). ¿Existe una relación histogenética y atávica entre ambas?

Héctor A. Rodríguez-Martínez, Abelardo A. Rodríguez-Reyes, Leonora Chávez- Mercado, Ofelia

Pérez-Olvera, Gizela Arcelia Maldonado-Hernández, Alfredo Gómez-Leal, Dolores Ríos y Valles-Valles
Departamento de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM y Hospital General de México, OD

Según Laidlaw y Murray (1933) las CNI tienen un origen ancestral en células de las MS de animales como los reptiles (*Alligator mississippiensis*). Supusieron que los nevos intradérmicos (NID) son una recapitulación atávica de las MS, las cuales podrían haber tomado parte en el proceso evolutivo de los pelos. Para Smith y Jones (1966) los NID corresponden a vestigios filogenéticos del “órgano sensorial pigmentado” de los anfibios, el cual pudo haber estado presente durante el estadio anfibio de la evolución. Friedrich S. Merkel (1875) descubrió las MS en piel de ranas. Se estudiaron 15 NID cutáneos y 10 muestras de piel de *Alligator mississippiensis* de la cara ventral del maxilar inferior. Se hicieron cortes seriados de la piel reptiliana. Se practicaron tinciones de HE, Tricrómico de Masson, PAS, methenamina de plata, Warthin-Starry, Grimelius e inmunotinciones para vimentina y PS100. Las MS forman una placa compuesta por varias capas de células alargadas, paralelas a la epidermis, dotadas de lámina basal y escasa melanina citoplasmática. Los núcleos son alargados y la cromatina homogénea. Al centro y a los lados de la placa celular se encuentran vasos pequeños y nervios amielínicos. No se pudieron demostrar axones entre o en las células. Por debajo de la placa celular existe una capa de melanocitos dendríticos; en la epidermis de la MS se encuentran aumentados los melanocitos dendríticos y los quera-

tinocitos están hiperpigmentados. Los NID tienen una morfología organoide constante, con 3 estratos de células (A,B y C). Células A y B son parecidas entre sí, las C son francamente schwannoides. En general, solamente las células A producen melanina. Se ha considerado erróneamente que las células que componen a las MS corresponden a melanóforos y que las estructuras fundamentales son unos “mecanorreceptores laminados” parecidos a los corpúsculos de Pacini. Para nosotros, las células que forman la MS no corresponden a melanóforos, sino a células sustentaculares que alojan a terminaciones nerviosas para formar el “órgano sensorial pigmentado”. A nivel de microscopía de luz, no hay parecido alguno entre CNI y MS, aunque sí pudieran estar relacionadas funcionalmente.

REFERENCIA

1. Laidlaw GF, Murray MF: Am J Pathol 1933; 9: 827-838
Rodríguez- Martínez HA, y cols. Patología. Rev Latinoam (en prensa)

C-8

Quiste de duplicación rectal con mucosa respiratoria heterotópica.

Presentación de un caso y revisión de la literatura

Dr. E. Ortiz-Jasso/Dra. M. M. Reyes Castro.

Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Se trata de hombre de 41 años, que presenta desde la infancia, lesión polipoide en recto que protruye al momento de la defecación. Dos meses previos a la valoración por el servicio de Cirugía de nuestro hospital, ma-

nifestó leve dolor rectal, motivo por el cual se realizó Colonoscopia el 10 de noviembre del 2011, que reportó lesión submucosa de 4 cm en pared posterior de recto, de consistencia quística sin rebasar la válvula de Houston. En la División de Anatomía Patológica, recibimos un espécimen de 5 x 2.5 x 2.5 cm, irregularmente ovoide de superficie café parda finamente granular, de aspecto mucoso, con múltiples grapas uniendo los bordes quirúrgicos. Al corte, se observa cavidad de 3 x 2.5 x 2 cm, ocupada por material de aspecto gelatinoso, con pared interna blanca grisácea, lisa y brillante. Histológicamente, la cavidad esta revestida por epitelio respiratorio ciliado y subyacente a éste se identifica muscular de la mucosa, submucosa y capas musculares en las que hay inmersas glándulas mucosas, en algunas áreas comparte la muscular propia del recto, la submucosa y mucosa sin alteraciones histológicas concluyendo como diagnóstico: Quiste de duplicación rectal con mucosa respiratoria heterotópica. Los quistes de duplicación son anomalías quísticas congénitas de muy baja prevalencia del tracto gastrointestinal con el cual comparten la muscular propia, pueden localizarse desde la boca hasta al ano. Son el resultado de alteraciones en el desarrollo embrionario. Pueden ser identificados en la edad adulta como un hallazgo incidental. Las características de los quistes de duplicación, son la proximidad al tracto digestivo, el aporte sanguíneo común, y una capa de músculo liso que comparte con la pared gastrointestinal, y estos quistes pueden estar revestidos por epitelio digestivo o tejido pancreático y en casos excepcionales, como el de nuestro paciente, con epitelio

respiratorio. Actualmente el paciente está asintomático.

C-9

Angiomiofibroblastoma vulvar informe de 3 casos y revisión de la literatura

Juan Pablo Robles N., Angel Fomperoza T., Paris A. Mier, A. Gabriela Magallanes

Clínica No. 1 IMSS Tijuana , B.C.

Los tumores vulvares derivados del mesenquima representan neoformaciones poco frecuentes, siendo mas comunes el fibroma, lipoma, hemangioma y leiomioma. El angiomiofibroblastoma es un tumor benigno de los tejidos blandos de la vulva , vagina y escroto. Presentamos 3 casos clínicos-patológicos de esta neoplasia poco frecuente de tejidos blandos en región vulvar y su revisión de la literatura. Se revisaron 3 casos, dos de ellos localizados en labio mayor derecho y uno en el labio mayor izquierdo los cuales se resecaron quirúrgicamente, al estudio histopatológico se observo que las neoplasias mostraban una área hiper celular que alterna con áreas edematosas hipo celulares, que a mayor aumento correspondian a células estromales, algunas de forma estelar dispuestas al azar y formando grupos disponiendose alrededor de capilares sanguíneos. En las áreas hiper celulares se identifican el mismo tipo de célula adquiriendo una apariencia epiteliode. Se realizaron técnicas especiales de inmunohistoquímica como vimentina, desmina, S100 y citoqueratinas. Con la integración del estudio histopatológico de HE (hematoxilina eosina) y las técnicas especiales de Inmunohistoquímica se

integro el diagnóstico en los tres de Angiomiofibroblastoma de la vulva. Es importante hacer el diagnóstico diferencial de esta neoplasia de tejidos blandos con Angiomixoma Agresivo; clínicamente son similares pero su comportamiento es diferente. El angiomiofibroblastoma es una tumor benigno de crecimiento superficial sin recidivas, su contrario al angiomixoma agresivo. Debido a esto es importante su estudio histopatológico completo que incluya microscopia de luz, e inmunohistoquímica que nos permita identificar los componentes celulares específicos de cada una de estas entidades.

C-10

Hiperplasia Nodular de la Glándula de Bartholin en una mujer de 40 años

Dra. Margarita Valverde Quintana.

Dra. Mariana Barroso Espinosa

Hospital General ISSSTE Tlaxcala.
Tlaxcala, Tlax

Presentación de un caso de una mujer de 40 años que inicia hace 6 años con dolor y eritema en área vaginal, ocasionando dispareunia y sangrado poscoital con diagnóstico de Bartholinitis recurrente, actualmente acude a consulta de ginecología por presentar los mismos síntomas. A la exploración física se encuentra aumento de volumen en labio mayor derecho, se realiza marsupialización con diagnóstico clínico de quiste de Bartholin. Macroscópicamente corresponde a espécimen previamente seccionado irregularmente ovoide, que mide 3 x 2.5 x 0.9 cm., de superficie irregular, café claro, renitente, al corte de las mismas características. Se realizan

cortes histológicos teñidos con hematoxilina y eosina. Microscópicamente se trata de una proliferación de acinos, de contorno lobulado, irregular no encapsulado que mantiene la relación acino - conducto de la glándula normal. Se realiza diagnóstico de Hiperplasia Nodular de la glándula de Bartholin. La hiperplasia nodular de la glándula de Bartholin es una entidad poco frecuente con unas características clínico patológicas que permiten diferenciarla de otras lesiones benignas de esta localización, como el adenoma y el adenomioma. La hiperplasia nodular se caracteriza por una proliferación de acinos que mantienen la relación acino- conducto de la glándula normal. Con frecuencia se asocia a otra patología benigna, inflamación, quiste u obstrucción de conductos. No se ha descrito potencial maligno.

C-11

Angiomiofibroblastoma de vulva asociado a tejido mamario ectópico.

Hernández Briseño L¹, Barrón-Rodríguez LP¹, Chanona-Vilchis JG²
Departamento de Patología del Hospital de Ginecoobstetricia #4 "Luis Castelazo Ayala"¹ e Instituto Nacional de Cancerología, México²

Las neoplasias vulvares originadas en tejido mamario ectópico, son extremadamente raras, dentro de estas se han sido descrito fibroadenomas, tumor filodes y carcinomas. Dentro de las neoplasias mesenquimatosas y benignas originadas casi exclusivamente en vulva se encuentra el angiomiofibroblastoma, descrita en 1992 por Fletcher y de histogénesis es desconocida. Se presenta el caso de una

mujer de 45 años de edad, con tumor en labio mayor derecho de vulva, de crecimiento acelerado dos meses previos a su evaluación. El USG mostró una masa heterogénea sólida y quística. Se realizó tumorectomía, el tumor midió 14 cm., de eje mayor, cubierto totalmente por piel, al corte era bien delimitado, sólido, no encapsulado, de color amarillo y aspecto mixoide. En los cortes histológicos se observó una neoplasia mixoide, constituida por células de aspecto epitelioides y citoplasma eosinófilo dispuestas alrededor de vasos sanguíneos, alternando con zonas hipocelulares y presencia de células fusiformes sin atipias. Se identificaron, además, conductos y estroma mamario. Los estudios de inmunohistoquímica resultaron positivos para receptores de estrógeno y progesterona en la neoplasia y tejido mamario ectópico. La mamoglobina fue positiva en el tejido mamario ectópico. La desmina y actina fueron negativos en ambos componentes. Estos hallazgos nos permitieron establecer el diagnóstico de angiomiofibroblastoma de vulva asociado a tejido mamario ectópico. En la literatura se han descrito neoplasias benignas y malignas de la vulva originadas o asociadas a tejido mamario ectópico., sin embargo no existen casos previamente publicados de angiomiofibroblastomas asociados o bien originados en tejido mamario ectópico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1: Hisaoka M, Kouho H, Aoki T, Daimaru Y, Hashimoto H. Angiomyofibroblastoma of the vulva: a clinicopathologic study of seven cases. *Pathol Int.* 1995Jul;45(7):487-92.
- 2: Kairi-Vassilatou E, Dastamani C, Vouza E, Mavrigiannaki P, Hasiakos D,

Kondi-Pafiti A. Angiomyofibroblastoma of the vulva: a clinicopathological and immunohistochemical analysis of a rare benign mesenchymal tumor. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2011;32(3):353-5.

C-12

Linfoma No Hodgkin Primario de Cérvix Uterino. Reporte de un caso

Dra. Brenda E. Vázquez López, Dra. María del Carmen Juárez García, Dr. César Iván Peña Ruelas, Dra. Alejandra J. Torres Rosas, Dr. Francisco A. Soto Patiño, Dr. Julio C. Sánchez Venegas, Dra. Nancy E. Guzmán Delgado, Dra. Olga Esquivel Hernández Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste, IMSS. Monterrey, N.L.

El linfoma No Hodgkin (LNH) primario del cérvix es muy poco frecuente y representa del 0.12% de todos los LNH.¹ **Caso clínico:** Mujer de 31 años, con sangrado transvaginal anormal de 8 meses de evolución. Con diagnóstico clínico de miomatosis uterina sin respuesta a tratamiento hormonal se le realizó histerectomía simple. En Anatomía Patológica se recibió útero de 60 grs, fragmentado, el cérvix se encontraba deformado y aumentado de tamaño por una lesión ocupativa de 5 x 4 cm, solida, de bordes poco definidos, blanquecina, homogénea y blanda. Los cortes histológicos revelaron una proliferación de linfocitos atípicos, que infiltraban el estroma del exocervix y rodeaban las glándulas endocervicales, dichas células fueron inmunorreactivas para CD45 y CD20, y negativos para citoqueratinas y vimentina. El diagnóstico final fue de LNH difuso de células grandes inmunofenotipo B. La mayoría de los LNH primarios del cérvix

corresponden a linfomas difusos de células grandes inmunofenotipo B.¹ Se presentan con sangrado transvaginal y pueden confundirse clínicamente con leiomiomas.² Macroscópicamente se observan como tumores que se originan del cérvix, sin embargo se encuentran recubiertos por mucosa intacta, lo cual permite diferenciarlos del carcinoma.² Son indispensables los estudios de extensión para descartar una infiltración secundaria,³ en nuestro caso no se ha observado actividad tumoral en otro sitio.

REFERENCIAS

1. Ab HS, et al. Primary Non-Hodgkin lymphoma presenting as a uterine cervical mass. *Singapore Med J* 2008;49:73-5.
2. Upanal N, et al. Primary lymphoma of the uterus and cervix: two case reports and review of the literature. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2011;51:559-62
3. Hanprasertpong J, et al. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the uterine cervix. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008;9:363-6.

C-13

Gonadoblastoma bilateral y germinoma, en disgenesia gonadal pura 46,xy (síndrome de swyer): informe de dos casos

Gretel León M¹, Gloria Queipo², Ma. Evelin Cortés G³, Gerardo Aristi U.¹

¹Servicio y Departamento de Patología, Hospital General de México y Facultad de Medicina, UNAM. ²Servicio de Genética, Hospital General de México y Facultad de Medicina, UNAM. ³Servicio de Patología, Hospital Juárez de México y Facultad de Medicina, UNAM.

El gonadoblastoma (GB) en gónadas disgenéticas y la neoplasia germinal

intratubular en el testículo bien diferenciado son las etapas más tempranas de las neoplasias germinales. El GB es una neoplasia sumamente rara y peculiar, pues está constituida por una mezcla de tumor germinal con tumor del estroma-cordones sexuales. Ocurre generalmente en pacientes con trastornos en la diferenciación sexual, particularmente disgenesia gonadal con cromosoma Y. Aproximadamente 25% de estos pacientes desarrollan GB en las primeras dos décadas de la vida, con frecuencia bilateral (36%), y en la mitad de ellos se encuentra germinoma coexistente. Presentamos dos casos de gonadoblastoma bilateral en pacientes con disgenesia gonadal pura 46,XY, uno de ellos con germinoma. La primera, de 5 años de edad, con genitales femeninos y clitoromegalia; la segunda, de 20 años de edad, con genitales femeninos, amenorrea primaria y falta de desarrollo puberal. En ambas, el cariotipo fue 46,XY. Se efectuó gonadectomía, encontrando estrías gonadales con gonadoblastomas bilaterales. La segunda paciente, además, tuvo germinoma unilateral localizado. La disgenesia gonadal es un trastorno de la diferenciación sexual que ocurre durante el desarrollo de la gónada. Cuando el tejido gonadal resultante es estría se le conoce como disgenesia gonadal pura o completa, mientras que, cuando coexiste estría y testículo se le denomina mixta o incompleta. Los pacientes con disgenesia gonadal pura tienen fenotipo femenino, cariotipo 46,XY, conductos müllerianos subdesarrollados (infantilismo sexual), algunas veces con clitoromegalia desde el nacimiento. La presencia del cromosoma Y en una gónada disgenética confiere el riesgo de transformación neoplásica, por lo

que debe efectuarse gonadectomía bilateral temprana. El GB tiene un excelente pronóstico si se extirpan las gónadas completamente.

El estudio anatomopatológico es una herramienta indispensable en el manejo de estos pacientes. Es necesario que el patólogo esté familiarizado con estas lesiones, para efectuar un diagnóstico adecuado de las gónadas y neoplasias asociadas.

REFERENCIAS

1. Behtash N, Karimi Zarchi M. 'Dysgerminoma in three patients with Swyer Syndrome'. *World J Surg Oncol* 2007;5:71.
2. Hersmus R et al. 'A novel missense SRY mutation affecting nuclear import in a 46,XY female patient with bilateral gonadoblastoma'. *Eur J Hum Genet* 2009;17:1642-9.
3. Hersmus R et al. 'Delayed recognition of disorders of sex development : a missed opportunity for early diagnosis of malignant germ cell tumors'. *Int J Endocrinol* 2012;Article ID 67 1209, pag 9.
4. Cools M et al. 'Germ cell tumors in the intersex gonad: old paths, new directions, moving frontiers'. *Endocrine Reviews* 2006;27:468-484.

C-14

Tumores borderline ováricos. Estudio retrospectivo de 5 años

Ximena Fernández Soto R2 AP, Gerónimo Tavares Macías MB AP.

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

Los tumores borderline ováricos (TBO) fueron descritos por primera vez en 1898 por Pfannenstiel, en 1973 la OMS los incluye dentro de la clasificación de tumores ováricos de malignidad limítrofe o carcinoma de

bajo potencial maligno. Comprenden a todos los tipos de células del epitelio superficial, principalmente serosos y mucinosos. Los TBO se caracterizan por hiperplasia epitelial en forma de estratificación, mechones o acomodos cribiformes o micropapilares con atipia (leve a moderada), desprendimiento de grupos de células, actividad mitótica mínima, ausencia de invasión estromal destructiva. Se aceptan focos de microinvación e implantes. Ocurren en mujeres de alrededor de 42 años y de 37% a 55% son bilaterales. Estudio retrospectivo de los TBO en un periodo comprendido de Enero de 2005 a Diciembre de 2009 en el archivo del Servicio de Anatomía Patológica del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" O.P.D., incluyendo a los casos en los que se contara con bloques y/o laminillas e investigando edad, lateralidad, tamaño, tipo histológico, necrosis/hemorragia, presencia de tufts y cuerpos de psamoma. Se encontró un total de 22 casos (0.04%) de TBO de un total de 45,420 estudios en el periodo mencionado. Edad promedio 40.7 años, lateralidad derecha 7 casos (58.3%), bilaterales 1 caso (8%). El tipo histológico más frecuente seroso 19 casos (82.6%), mucinoso 3 casos (13%), no se encontraron otros tipos histológicos. El 100% de los TBO serosos mostraron áreas carcinoma in situ-like, de los cuales 2 casos correspondieron a la variante micropapilar (9%). No se observaron TBO microinvasores. La edad promedio fue 40.7 años contra los 45 reportados en la literatura, la bilateralidad fue 8% contra 30-50% de la literatura. El 100% de los casos fueron intraováricos contra hasta 30% que pueden ser superficiales según la literatura.

No encontramos TBO microinvasor, contra 10-15% reportado en algunas series. Tuvimos 9% de TBO micropapilar, similar al 10% reportado. Los TBO mucinosos fueron 13.6% contra 0.9% del reportado.

BIBLIOGRAFÍA

1. WR Hart. Borderline epithelial tumors of the ovary. *Mod Pathol* 2005;18:33-50.
2. KA Bell, AE Smith, RJ Kurman. Refined Diagnostic Criteria for Implants Associated With Ovarian Atypical Proliferative Serous Tumors (Borderline) and Micropapillary Serous Carcinomas. *Am J Surg Pathol* 2001;25:419-432.
3. FA Tavassoli, et al. Pathology and Genetics Tumours of the Breast and Female Genital Organs. IARC Press 2003.

C-15

Carcinoma adenoide-quístico de vulva, presentación de un caso y estudio de inmunohistoquímica.

Damián R. Sánchez Zavala, Julieta Y. Peralta Serna. Fernando De La Torre Rendón. Lourdes Sofía Gómez Inclán Servicios de Anatomía Patológica y Ginecología, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE. México, D.F.

El carcinoma de vulva ocupa el cuarto lugar de neoplasias malignas en el aparato genital femenino (4%), el 1 % son originados en la glándula de Bartholin siendo los más frecuentes el adenocarcinoma (40%) y el carcinoma de células escamosas (40%) y en tercer lugar el carcinoma adenoide-quístico (15%), una patología muy rara, de crecimiento lento, localmente agresiva y que se presenta más comúnmente en mujeres postmenopáusicas. La impor-

tancia de la inmunohistoquímica en estos tumores radica en el diagnóstico diferencial y en el establecimiento de factores pronósticos. Presentamos el caso de una mujer de 69 años con una masa en introito vaginal con dolor local de 4 meses de evolución y síntomas rectales de 6 años de evolución; el diagnóstico histopatológico se realizó con tinciones de hematoxilina-eosina, PAS y estudio de inmunohistoquímica. Espécimen de 4.3 x 3 x 2.8cm, ovoide irregular, blando, que al corte es blanquecino, sólido con tres áreas quísticas de menos de 0.2cm. Microscópicamente se observan células epiteliales dispuestas en patrón sólido y áreas pseudoglandulares con patrón cribiforme, conteniendo en sus luces material de aspecto granular PAS +; células mioepiteliales dispuestas en cordones. El diagnóstico histopatológico fue carcinoma adenoide-quístico. Estudio de inmunohistoquímica: Proteína S-100, CK7, CD117 y receptor de estrógenos positivos. P63 positivo en células basales. El carcinoma adenoide-quístico de glándula de Bartholin se presenta en un rango de edad de 25 a 80 años, con una media de 49 años, los signos y síntomas son inespecíficos pudiéndose manifestar con dolor, prurito, masa palpable, dispareunia o sangrado. Es similar anatómo-patológicamente al de glándula salival, macroscópicamente miden de 0.5 a 4cm, blandos, de apariencia sólida y patrón de crecimiento infiltrante o bien circunscrito. Microscópicamente compuesto por dos tipos de células: epiteliales que son pequeñas, uniformes, con núcleo hiper cromático y escaso citoplasma, comúnmente en patrón cribiforme, tubular o sólido, espacios quísticos con escaso material granular eosinófilo,

PAS positivo, resistente a diastasa y mioepiteliales formando cordones o nidos; estroma hialino escaso separando los nidos celulares.

El diagnóstico diferencial se hace con hidradenomas, carcinoma de células basales y adenocarcinoma más comúnmente. El estudio de inmunohistoquímica incluye: Proteína S-100, colágena tipo IV, receptores de estrógenos y progesterona, CD117, ACE, citoqueratinas, P63, CD133 y CD44.

C-16

Carcinoma de las trompas de falopio, a propósito de 2 casos.

Kena Beatriz Reyes Acosta, Jesús Ángel Villagrán Uribe, Morelos Villaseñor Aguirre, Jazmín Alejandra Ramírez Muñoz, Leilanie Arias González, Rosa María Silva López
Hospital General "Dr. Miguel Silva". Morelia, Mich.

El carcinoma de las trompas de Falopio es un tumor muy infrecuente, que histológica y clínicamente se parece al carcinoma epitelial de ovario. Las manifestaciones clínicas tempranas permiten diagnosticar la enfermedad en estadios precoces, lo que mejora la supervivencia en comparación con el carcinoma epitelial de ovario. Sin embargo, su diagnóstico preoperatorio es raro y se realiza por el anatomopatólogo tras la cirugía. La estadificación y el empleo de quimioterapia siguen los patrones utilizados para el cáncer epitelial de ovario. **Caso 1:** mujer de 47 años, originaria del DF y residente de Morelia, antecedente de salpingooforectomía derecha en 2007. Inicia su padecimiento actual en diciembre del 2010 al presentar sangrados irregu-

lares, abundante cantidad, se realizó previamente un USG pélvico con diagnóstico de Miomatosis uterina. Se da cita para programar histerectomía, sin embargo en Febrero del 2011 presenta sangrado trasvaginal, se realiza legrado hemorrágico y se programa para histerectomía el 29 enero 2011. Diagnóstico histopatológico: Carcinoma endometriode de bajo grado en salpínge izquierda. **Caso 2:** mujer 48 años, originaria y residente Indaparapeo, con antecedente de padre finado con cáncer gástrico y hermano finado por cáncer de colon. Inicia padecimiento actual en Enero 2011, al ser referida de su centro de salud por Miomatosis uterina y dolor pélvico ocasional de moderado a intenso. Se realiza histerectomía más salpingooforectomía bilateral. Diagnóstico histopatológico: Adenocarcinoma bien diferenciado con patrón papilar en salpínge derecha con afección focal de la pared.

REFERENCIAS

1. Albalat R, et al. Carcinoma de las trompas de Falopio. Clin Invest Gin Obst. 2011.
2. WINIFRED M. ROSS. Primary Tumours of the Fallopian Tube: A Report of Eight Cases of Adenocarcinoma and One Case of Unusual Carcinoma, Canad. Med. Ass. J. Feb. 11, 1967, vol. 96.
3. Franco Calderón y col. Carcinoma primario de las trompas de Falopio: a propósito de un caso. Rev Venez Oncol 2004;16 (2): 96-102.

C-17

"Tumores estromales del ovario". Presentación de una serie de 25 casos

Dr. César Ramos Balderas R3 AP, Dr. Gerónimo Tavares Macías MBAP,

Dra. Dulce Mendiola Quintana MBAP
Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital de Especialidades. UMAE.
Centro Médico Nacional de Occidente.
IMSS. Guadalajara, Jal.

Los Tumores Estromales del Ovario (TEO) son un grupo de tumores, que se desarrollan a partir de los componentes no germinativos gonadales, como la granulosa o la teca. La mayoría de estos tumores aparecen antes de los 40 años de edad, y con mucha frecuencia son benignos o de bajo grado de malignidad. En el caso de los malignos, estos representan el 2 % de todos los tumores malignos del ovario. Los TEO pueden producir una variada cantidad de hormonas esteroideas, por lo que se consideran neoplasias funcionales. Se revisó retrospectivamente los archivos de patología quirúrgica del Servicio de Anatomía Patológica un periodo de 6 años, comprendido entre enero de 2004 a diciembre de 2009 en busca de los TEO incluyéndose únicamente los casos en los que se contara con bloques y/o laminillas. En dicho periodo, se realizaron un total de 103596 estudios histopatológicos (EHP), encontrándose 25 casos de TEO, de los cuales, 11 casos correspondieron a Tumor de Células de la Granulosa (TCG) y 14 casos con morfología histológica benigna (TEB) (12 fibromas, 2 luteomas). La edad promedio fue 33 años para TCG y 41 años para TEB. El tamaño promedio fue de 10 cm para TCG y 13 cm para TEB. La lateralidad fue indistinta en ambos grupos. De 25 casos de TEO, 44% (11 casos) correspondieron a TCG, mientras que el 56% (14 casos) fueron TEB. La edad de presentación fue 10 años más temprana en los TCG (4ta década de la vida) comparado

con los TEB (5ta década de la vida), la lateralidad es indistinta para ambos grupos, no encontrando ninguno bilateral. En nuestra serie, para los TEB el tipo histológico fibroma representó el 78%, el luteoma 14% y el tumor esclerosante 7%, mientras que para el grupo de TCG, del tipo adulto representó el 63% y del tipo juvenil 36%.

C-18

Virus del papiloma humano de riesgo alto en carcinomas metaplásicos de la glándula mamaria, en mujeres mexicanas

Roberto Herrera Goepfert, Teresa Vela-Chávez, Marcela Lizano, Alfredo Amador-Molina, Adela Carrillo-García, Víctor Manuel Pérez-Sánchez, Luis F. Oñate-Ocaña

Instituto Nacional de Cancerología, México D.F.

El virus del papiloma humano (VPH) ha sido aislado en carcinomas primarios de la glándula mamaria, incluido el carcinoma metaplásico. El objetivo de este estudio fue el de investigar la presencia de VPH de riesgo alto en carcinomas metaplásicos, de mujeres Mexicanas. Se estudiaron 21 carcinomas metaplásicos. La expresión de los receptores de estrógenos (RE), progesterona (Rpg), factor de crecimiento epidérmico (RFCE) y HER-2, se analizó por inmunohistoquímica. El ADN fue extraído de los bloques de parafina y la amplificación específica del VPH se realizó mediante la Reacción en cadena de la polimerasa (RCP); el número de copias del VPH se determinó por RCP cuantitativa en tiempo real. Ocho de 21 carcinomas metaplásicos (38.1%) fueron positivos para VPH-16 (7) y VPH-18

(1), con <1 copia/célula. Todos los casos fueron negativos para RE y todos, excepto un carcinoma negativo para VPH, para Rpg. El HER-2 fue negativo en todos, menos en dos casos que tuvieron puntaje de 2+ (un carcinoma positivo y otro negativo para VPH), aunque no se determinó la amplificación del gen. Todos los casos resultaron positivos para RFCE y todos, excepto uno, para citoqueratinas 5/6. No hubo diferencias significativas entre los carcinomas positivos y los negativos para VPH. De acuerdo con el perfil de inmunohistoquímica, los casos correspondieron a neoplasias “triple negativas”. La prevalencia de VPH es mayor en los carcinomas metaplásicos que en los no metaplásicos. Las cargas virales son tan bajas que es poco probable que el VPH tenga alguna participación en el proceso de carcinogénesis mamaria.

C-19

Quiste Epidermoide Esplénico. Informe de un caso

Yessica Margarita González Cantú, Zaire Zamudio Vázquez, Raúl Garza Garza

Christus Muguerza Alta Especialidad. Monterrey, Nuevo León

Paciente femenina de 26 años de edad sin antecedentes de importancia, acude por presentar tres días previos a su ingreso dolor tipo cólico localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado en hemicinturón, agravado con la ingesta de colecistoquinéticos, atenuado con el reposo y acompañado de náuseas, vómito, acolia, coluria y pérdida de peso no cuantificado. Acude a valoración con ultrasonido previo que reporta litiasis vesicular e ingresa

para valoración y tratamiento. Durante la cirugía se identifica bazo aumentado de tamaño con la presencia de una lesión quística en el polo superior. En patología se recibió el bazo que pesó 399 grs y midió 17 x 11 x 4cm, identificándose en el polo superior una lesión quística subcapsular de 7.8 x 7.5 cm, es de color blanquecino con zonas de aspecto calcificado. Histológicamente se observó la pared de una lesión quística revestida por epitelio plano estratificado mucoso que descansa sobre tejido fibroconectivo con focos de calcificación distrófica. En base a estos hallazgos se diagnosticó como Quiste epidermoide esplénico. Los quistes esplénicos son lesiones benignas poco frecuentes, se clasifican en parasitarias o no parasitarias. Los no parasitarios se dividen en verdaderos y falsos dependiendo de su revestimiento epitelial, siendo los verdaderos los menos frecuentes. En este caso presentamos un quiste verdadero identificado de manera incidental durante una colecistectomía

C-20

Perforación intestinal por Linfoma T asociado a enteropatía Tipo II . Informe de un caso

Citlali Pasillas Bravo. Minerva Lazos Ochoa. Dolores López Vancell
Hospital General de México OD y Facultad de Medicina UNAM

Introducción: Los linfomas primarios del intestino delgado son poco frecuentes, ocupan del 20 al 40% de las neoplasias malignas de esa región y presentan características clínicas y pronóstico variables. Pueden ser de estirpe B ó T, siendo los primeros los más comunes. Los linfomas de

células T pueden ser asociados o no a enteropatía y presentar características clínicas, evolución y pronóstico peculiares, si esta última es diagnosticada con anterioridad. Se presenta el estudio posmortem de un hombre con linfoma T asociado a enteropatía con presentación clínica inusual. **Resumen clínico:** Hombre de 46 años sin antecedentes de importancia, quien inició su cuadro clínico, cuatro meses previos a su defunción con datos de obstrucción intestinal, hemorragia de tubo digestivo bajo, pérdida de peso y que en forma abrupta se agregaron abdomen agudo, choque séptico e hipovolémico, condiciones en las que falleció. **Resumen de la autopsia:** En el íleon a 15.0 cm de la válvula ileocecal había una perforación de 5.0cm de eje mayor, sellada con omento mayor en hasta el 95%, asociada a lesión neoplásica transmural, que hacía prominencia hacia la superficie luminal, ulcerada, bien delimitada, de 7.3cm de eje mayor. La lesión correspondía a neoplasia linfoide formada por células redondas a poligonales, de mediano a gran tamaño, con escaso citoplasma y núcleo grande central y pleomorfo, algunos con cromatina vesiculosa y nucléolo prominente. La mucosa adyacente tiene atrofia. Las células neoplásicas son positivas para CD3, CD56, y CD8; se identificó también aumento de linfocitos intraepiteliales CD4 y CD8 positivos en la mucosa vecina a la lesión. **Comentario:** La frecuencia de linfomas intestinales de estirpe T es mínima, y se asocia con enfermedad celiaca en un buen porcentaje, sin embargo existe una variante (poco común) en la que los pacientes no tienen sintomatología previa y presentan características sobresalientes como: variante mono-

morfa, positividad para CD8 y CD56 en mayor porcentaje (80-90%) que la asociada a enfermedad celiaca y amplificación de c-MYC; que deben tomarse en cuenta para el diagnóstico de estas neoplasias.

C-21

Enfermedad de Castleman. Inmunofenotipo y ausencia de los virus Epstein-Barr y HHV-8 por Hibridización in situ

Juan José Navarrete P., Oscar Daniel Guzmán Aguilar, Elvira Aguilar Martínez, Elsa Lorena Durán Ramírez, Armando Medina Cruz, Ángeles Hernández Cueto y Mónica Belinda Romero Guadarrama

Unidad de Patología y servicio de Hematología, Hospital General de México y Facultad de Medicina, UNAM

La Enfermedad de Castleman (EC) es una entidad poco frecuente y de etiología desconocida, se distinguen tres tipos histológicos: la variante hialino-vascular, la rica en células plasmáticas y la forma mixta. La patogénesis no se conoce, se presume de la posibilidad de una proliferación y diferenciación no regulada de células B, producida por los virus HHV-8 y de Epstein-Barr (VEB). **Objetivo:** buscar la asociación de los virus HHV-8 y de Epstein-Barr en EC y el inmunofenotipo. Se seleccionaron pacientes con EC, se revisaron las laminillas y los bloques de parafina, se efectuó inmunohistoquímica con : CD20, CD2, CD23, Kappa/ lambda y la técnica de Hibridización in situ (HIS) con las sondas correspondientes para HHV-8 y EBER (VEB). Se incluyeron 16 pacientes. Diez correspondieron al tipo

hialino-vascular (62.5%), 2 (12.5%) rica en células plasmáticas y 4 (25%) mixta. Se demostró la expresión de lambda en células plasmáticas en 12 casos (75%) de las tres variantes y no asociación con ninguno de los virus (HHV-8 y VEB). Diferentes estudios han demostrado la presencia de los virus (VEB y HHV8) en EC. El posible rol patogénico es al activar el receptor de señalización de la IL-6 (interleucina 6) en la diferenciación de células linfoides vírgenes a plasmablastos. Este estudio observó expresión monotípica de lambda en células plasmáticas por lo que creemos que se requiere de técnicas más sensibles para la identificación de estos virus como PCR, y de esta manera apoyar el posible rol de estos virus en la patogénesis de la EC.

C-22

Análisis de inmunofenotipo y morfológico de la leucemia/linfoma linfoblástico en adultos

Alfredo Valero Gómez, Álvaro Cabrerá y Mónica B. Romero Guadarrama
Hospital General de México, OD y Facultad de Medicina, UNAM

La leucemia/linfoma linfoblástico (LLL) es una neoplasia de blásts linfoides, el 80% se origina de células B (LLB) y el 20% restante de células T. Las células son pequeñas o de tamaño medio.(1). En adultos, la edad media es a los 40 años.(2) La ausencia de expresión de CD 10 en blásts se ha asociado con la translocación de leucemia de linaje mixto (11q23) y pronóstico adverso. **Objetivo:** analizar inmunofenotipo, morfología y pronóstico. Se incluyeron 14 pacientes con diagnóstico de (LLL) de 2007 a 2011. Se analizaron

las siguientes variables: sexo, edad (25 a 55 años), presentación clínica, localización, morfología, inmunofenotipo B/ T con los marcadores (CD 20, CD 79 a, TdT, CD10, CD 117, CD 99, CD 34, CD2 y CD 3). Se observó igual frecuencia de afección por sexos, la edad media fue de 43.2 años, el 71.4% de los pacientes presentaron afección leucémica, 85.7% fueron de inmunofenotipo B, el 71.4% morfológicamente mostraron blásts monótonos y en 2 pacientes se observó ausencia de la expresión de CD10 (14.2%) y morfología inusual como pleomorfismo y patrón en cielo estrellado con curso clínico adverso. Nuestros datos sugieren que la morfología y la ausencia de expresión de CD 10 en neoplasias precursoras linfoides son raras en adultos (14.2%) pero correlacionan con datos morfológicos sugestivos de mal pronóstico clínico. Se necesitan estudios prospectivos para confirmar esta observación y caracterizar mejor subgrupos de alto riesgo CD 10 negativos en neoplasias precursoras linfoides.

C-23

Características clinicopatológicas y de inmunofenotipo de los linfomas foliculares.

Uzziel Ramírez Agonizante., Dan Alfredo Iván Piña Fuentes, Adriana Itzel Islas Ramos, Elvira Aguilar Martínez y Mónica Belinda Romero Guadarrama

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

El linfoma folicular (LF) es la segunda neoplasia linfóide más frecuente. Se origina de células B del centro

germinal. ⁽¹⁾ Se presenta con linfadenopatía generalizada. La diseminación a médula ósea es del 40 al 70%. Se clasifica en LF de bajo y alto grado. Los primeros expresan marcadores del centro germinal: (bcl2 y CD 10) y algunos LF de alto grado pierden la expresión a estos marcadores. La presencia de p53 indica progresión y a MUM-1 a mal pronóstico ^(2, 3 y 4). Se revisaron las laminillas y los marcadores de inmunohistoquímica: CD 20, CD 10, bcl2, bcl6, Ki67, MUM-1 y p53 de pacientes con diagnóstico de LF. De los expedientes clínicos se obtuvo el estadio clínico (EC) y el índice pronóstico internacional (IPI). **Objetivo:** correlacionar la expresión de p53, MUM-1, diseminación a médula ósea, EC e IPI. Se utilizó estadística descriptiva (χ^2). Se incluyeron 25 pacientes, la edad promedio fue de 52 años, 52% fueron mujeres, 96% se localizaron en ganglio linfático, 68% fueron de bajo grado y la diseminación a médula ósea fue del 48%. La expresión de CD10 y bcl2 fue del 96%. 36% expresaron p53 y MUM-1. Se observó diferencia estadística significativa cuando se comparó: porcentaje de crecimiento folicular e infiltración a médula ósea, expresión de MUM-1 y estadio clínico e índice de pronóstico internacional y expresión de p53 ($p=.009$, $.001$ y $.007$ respectivamente). Nuestros resultados indican que la expresión de p53 y MUM-1 podrían ser de utilidad pronóstica.

C-24

Hamartoma mesenquimal hepático. presentación clínico-patológica de un caso y revisión de la literatura

Morales Sánchez Román, Muench Navarro German, Paniagua Morgan

Froylán de Jesús, Morales Ramírez Roberto

Hospital de Especialidades Pediátricas. Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Las neoplasias benignas hepáticas en la infancia son raras, los hamartomas constituyen una compleja variedad de tejido primitivo, este es un tumor poco frecuente, descrito inicialmente por Maresch en 1903 y Edmondson en 1956 propuso el termino actualmente aceptado. Se trata de lactante de 5 meses de edad, referida del HR, inicia con distensión y dolor abdominal de 15 días de evolución, es manejado en su centro de salud con pro cinéticos con mejoría parcial, sin embargo, a 3 días de iniciado el cuadro, la madre palpa un tumor duro y doloroso en flanco derecho. El ultrasonido reporta masa heterogénea tabicada del lóbulo hepático izquierdo, es intervenido quirúrgicamente y fallece 3 días después de la cirugía. En el servicio de patología se recibió tumor hepático que mide 13 x 13 x 11 cms, encapsulado, al corte es trabeculado, sólido mixoide, con áreas quísticas de color amarillo verdoso claro. Los corte histológicos muestran tejido hepático con extensa áreas de tejido mesenquimal con degeneración quística- pseudoquistica con material eosinófilo denso que alterna con islotes de proliferación de conductos biliares irregulares con edema intersticial y cordones de hepatocitos aislados, sin embargo el tejido hepático está preservado, la lesión está delimitada por una cápsula de tejido fibroconectivo y tejido hepático residual preservado. El hamartoma mesenquimal es una neoplasia benigna el tratamiento es quirurgico conservador, deberá

considerar el diagnóstico diferencial en todo niño con masa abdominal de rápido crecimiento menor de 2 años, la mayoría aparece en varones de entre los 4 meses y 10 años con una media de 18 meses., son asintomáticos con masa abdominal palpable de días o meses de evolución, afectando el lóbulo hepático derecho con mas frecuencia.

C-25

Hemangiomas Hepáticos gigantes (3) y casuística de los hemangiomas hepáticos en 10 años en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos

Irene Rivera Salgado, Heriberto Hernandez Fraga, Rosa Maria Vicuña Gonzalez, Verónica Bautista Piña, Leticia Llamas Ceras, Lizeth Perez Diaz, Eladio Fuentes Soto

Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petroleos Mexicanos. México, D. F.

El hemangioma hepático (HH) es la neoplasia benigna más común del hígado, puede ser asintomático, solitario o múltiple, pequeño o de grandes dimensiones, considerándose por algunos autores como gigantes con más de 4 cms. Se presentan en cualquier edad. Los de tipo cavernoso son los más frecuentes y la ruptura espontanea es una complicación rara pero potencialmente letal. El tratamiento es seguimiento con estudios de imagen, embolización o resección quirúrgica en lesiones muy grandes. Se presenta una serie de 15 casos de HH, estudiados con biopsia en 10 años en el HCSAE. Todos los casos son de pacientes adultos; 9 casos con una sola lesión, 3 casos múltiples y 3 casos con lesión gigante de más de

10 cm por TAC. Los HH únicos: 4 se presentaron en mujeres y 5 en hombres, con edad promedio 53 años y de entre 1 y 5 cms de diámetro; uno embolizado en dos ocasiones, uno resecado por segmentectomía y el resto en observación. Los HH múltiples los 3 con dos lesiones independientes, 2 se presentaron en mujeres y 1 en un hombre, con edad promedio de 47 años y entre 1.5 y 6 cm de diámetro. Los tres considerados gigantes 2 se presentaron en mujeres y 1 en un hombre medidas entre 10 y 14 cm., de diámetro; tratados os tres con segmentectomía, una de las pacientes falleció. Clínicamente; se encontraron 5 por presentar dolor y estar en estudio por pérdida de peso; 3 fueron diagnosticados como probables metástasis en pacientes oncológicos; y el resto como hallazgo por otras patologías principalmente colecistitis. El sitio hepático más frecuentemente afectado fue el segmento IV. Dos HH uno único y otro hemangioma de presentación múltiple miden 5 y 6 cms., de diámetro, considerados como gigantes por algunos autores.

BIBLIOGRAFIA

1. J. Pediatr Surg 2012 Jan ; 47(1):165-70 , Gut 2011 Jun;5 (2):228

C-26

Cistadenoma hepatobiliar

Mejía Martínez JL, Gutiérrez Gil M, Álvarez JM

Hospital Central San Luis Potosi S.L.P.

El cistadenoma hepatobiliar, fue descrito por primera vez en 1958 por Edmonson. Es una neoplasia poco frecuente, benigna; de histogénesis

incierto que en ocasiones puede tener un comportamiento maligno. La localización más frecuente es la intrahepática, y raramente se presenta en la vesícula biliar. En la actualidad se han descrito menos de 100 casos en la literatura médica. Mujer de 20 años de edad con masa intraabdominal de 10 meses de evolución. Los estudios de imagen reportaron lesión quística que abarca cavidad pélvica y llega hasta hígado. Se realizó biopsia con resultado consistente con cistadenoma. Fue intervenida quirúrgicamente, recibiendo en Patología pieza quirúrgica dependiente de hígado de 30 cm de diámetro de aspecto quístico y multiloculado de contenido mucinoso y hemático. La Imagen histológica mostró múltiples cavidades cubiertas por un epitelio cilíndrico mucoproducción y focalmente áreas de displasia. No se observaron datos de invasión al estroma. Los cistadenomas mucinosos hepato-biliares se caracterizan por tener un epitelio aplanado, cuboidal o columnar. El epitelio es rodeado por una capa de tejido mesenquimal similar al estroma ovárico. Focalmente pueden presentar displasia. Inmunohistoquímicamente es positivo a citoqueratinas 8,18,19 y el estroma reacciona a receptores de estrógeno y progesterona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ratti f, Ferla F et al. Biliary cystadenoma: short- and long-term outcome after Radical hepatic resection. Updates surg. Oct 30 2011.

C-27

Carcinoide originado en quiste biliar intrahepático.

Juan Carlos Córdova Ramón, Jorge Albores Saavedra, Julián Arista Nasr, Fredy Chablé Montero, Omar Martínez Mijangos

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Los carcinoides de la vía biliar son raros, la mayoría se originan en vía biliar extrahepática y vesícula biliar, en su mayoría asociados a neoplasia endocrina múltiple (NEM), síndrome de Von Hippel-Lindau y síndrome de Zollinger Ellison. Los síntomas de presentación más comunes son dolor, náuseas, vómito e ictericia. **Presentación de caso:** Mujer de 53 años con diagnóstico NEM2b, carcinoma medular de tiroides (1970), feocromocitoma (1990), mutación de RET (exón 11-c634R). En 2009 tras estudios de extensión con tomografía computada (TC) se observó lesión quística en hígado de 5.4x6 cm., asintomática; calcitonina >2000, ACE 203, metanefrinas séricas y urinarias normales con sospecha de carcinoma medular metastásico. En 2010 nueva TC con lesión de 10x9.5 cm. se embolizó y en mayo de 2011 se realizó hepatectomía derecha. **Estudios de Patología:** El hígado presentó lesión quística septada de 17.3 cm. En los cortes histológicos de la pared se observó epitelio biliar simple sin atipia y focalmente neoplasia epitelial con patrón organoide, células monomorfos de cromatina granular en sal y pimienta de citoplasma amplio, 2 mitosis en 10 campos a gran aumento. Inmunohistoquímica: Cromogranina, sinaptofisina, CD56 positivo, ki 67 <2%. El diagnóstico fue tumor carcinóide originado en quiste biliar, asociado a carcinoides microscópicos. Se presenta un caso excepcional de

tumor carcinóide en un quiste biliar intrahepático asociado a NEM 2b. La mayoría de casos reportados en vía biliar se originan en conductos biliares extrahepáticos y vesícula biliar. Solo encontramos un reporte de carcinóide originado en quiste biliar intrahepático.

C-28

“Histoplasmosis Diseminada en Biopsias Por Trucut Posmortem En Un Paciente con VIH”

MF Salazar Morales*, Dra. S Parra-guirre Martínez*, Biol. IG Sánchez Cervantes**, A Pérez Torres**

División de Anatomía Patológica Hospital General Dr. Manuel Gea González*. Laboratorio de Inmunología Comparada de Piel y Mucosas, Departamento de Biología Celular y Tisular, Facultad de Medicina UNAM**

La histoplasmosis es una infección sistémica ocasionada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. Su forma infecciosa, conidias, son contraídas en el medio ambiente, más frecuentemente en aquellos lugares donde predominan aves y quirópteros. Se presenta el caso de un varón de 36 años residente del estado de Guerrero quien inició su padecimiento final en Septiembre del 2011 con fiebre, astenia, adinamia y pérdida ponderal de 10kg. Acudió al Hospital General de Acapulco donde fue diagnosticado con VIH por ELISA y referido al Hospital General de México. El 21 de Noviembre del 2011 se agregó síncope, por lo que acudió al área de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” donde se encontró con datos de choque y

trombocitopenia severa, se ingresó y falleció al día siguiente. La familia sólo autorizó toma de tejido por trucut, se obtuvieron muestras de pulmón, hígado y bazo. Los cortes histológicos teñidos con hematoxilina y eosina mostraron estructuras redondas entre 2 y 4 micras, uninucleadas con un halo periférico, contenidas dentro del citoplasma de macrófagos. Las tinciones de PAS y Grocott permitieron distinguir mejor dicha morfología. Posteriormente se confirmó, a través de estudios de inmunohistoquímica, que dichas estructuras corresponden a levaduras de *Histoplasma capsulatum*. Se emitió el diagnóstico microscópico final de histoplasmosis diseminada a pulmones, hígado y bazo. No sorprende encontrar un microorganismo fúngico como agente infeccioso dentro de un contexto de inmunodeficiencia por VIH. Sin embargo, este caso demuestra la utilidad de la toma de biopsias por trucut como alternativa al estudio de autopsia cuando es necesario determinar con mayor precisión la causa de un deterioro clínico súbito y no se desea un estudio completo de autopsia por parte de los familiares.

C-29

Actinomicosis cerebral. Presentación inusual en paciente inmunocompetente

Ana Cecilia Beltrán Camberos, Ana Lirio Ramírez Ávila, Luis Alberto Ordoñez Solorio, Teresa Cristina Cuesta Mejías, María Evelin Cortes Gutiérrez, Julio Cesar Soto Barraza
Hospital Juárez de México

Los abscesos cerebrales se presentan frecuentemente en pacientes inmu-

nocomprometidos, siendo agentes etiológicos comunes las bacterias anaerobias. La actinomicosis cerebral constituye solo el 5% de las infecciones por *Actinomyces*. Presentamos el caso de una mujer de 24 años con antecedente de traumatismo craneoencefálico y crisis convulsivas en la infancia. Inició padecimiento actual con cefalea holocraneana y fiebre así como alteraciones en el estado de alerta. Los estudios imagenológicos revelaron lesión hipointensa, multiquística en región parieto-temporal izquierda, la cual se resecoó con sospecha clínica-imagenológica de glioma de alto grado. Los cortes histopatológicos demostraron proceso inflamatorio crónico activo con abundantes polimorfonucleares neutrófilos y tejido de granulación, así como estructuras en ovillo con ramificaciones filamentosas de distribución radial que se tiñeron positivamente con la tinción de plata metenamina de Grocott y resultaron negativas con tinción de Ziehl-Neelsen, consistentes con *Actinomyces spp.* La actinomicosis cerebral aunque es una infección rara en el sistema nervioso central resulta clínicamente significativa por su alta mortalidad. Su posible confusión con neoplasia debe ser considerada cuando se evalúan lesiones ocupativas del sistema nervioso central, especialmente en mujeres jóvenes.

C-30

Métodos Estereológicos y su Aplicación en Biología Celular

*Ofelia Pérez Olvera, **Salvador Arellano Balderas, *Angélica L. Serano Ahumada *

Unidad de Medicina Experimental, Facultad de Medicina UNAM, **Área

de Análisis Matemático y sus Aplicaciones UAM Unidad Azcapotzalco.

Un gran número de investigaciones nos conduce al análisis morfológico y al estudio de la composición interna de un órgano. Esto a su vez nos lleva a la fijación del tejido, para finalmente hacer cortes del material biológico preservado. La Estereología proporciona una serie de métodos para obtener información cuantitativa de carácter geométrico estadístico de un objeto de interés, a partir de cortes del mismo objeto. Los parámetros estereológicos más comúnmente estudiados son: densidad de volumen (Vv), densidad de superficie (Sv) y densidad numérica (Nv). Los parámetros estereológicos, se obtienen de la siguiente manera: se muestrean los cortes y se toman fotos. A las fotos se les sobrepone una rejilla transparente en donde: a) para densidad de volumen, conteo de puntos, b) para densidad de superficie, conteo de intersecciones y c) densidad numérica, conteo de organelas por unidad de perfiles. Para escoger el tipo de rejilla que se va a usar es necesario tomar en cuenta la orientación del tejido (grado de anisotropía). Los resultados de los parámetros estereológicos darán idea del cambio de volumen de un estado natural hasta un estado patológico, en el caso de densidad de superficie, un ejemplo muy concreto es la membrana mitocondrial, a mayor síntesis de membrana mayor densidad de superficie. En el caso de densidad numérica estaría el ejemplo de a mayor número de núcleos o células podría haber un mayor daño celular. Un problema frecuente en Biología Celular es obtener información morfológica de ciertos tipos celulares. El presente trabajo

es una introducción a los métodos estereológicos, en donde se numeran una serie de consideraciones a tomarse en cuenta, para evitar sobre o sub cuantificaciones.

C-31

Adenoma de hipofisis y craneofaringiomas (tumor de coalición)

Reporte de dos casos

Martha Lilia Tena Suck, Alma Ortiz Plata, Lessly Portocarrero, Daniel Rembao, Citlaltepelt Salinas Lara, Noemi Gelista

Departamento de Neuropatología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México D.F.

La asociación entre adenoma de hipofisis y craneofaringiomas en el mismo tumor es muy raro, se ha considerado como cambios metaplasicos y/o como tumor de coalición. Son muy pocos los casos reportados hasta el momento de esta rara asociación por lo general los tumores de coalición hipofisarios se asocian a infecciones, a lesiones quísticas, pero no a craneofaringiomas. Presentamos dos casos de tumores de coalición hipofisarios. El primero caso corresponde a una mujer de 47 años con galactorrea, cefalea, y síndrome quiasmático. La TAC y IRM cerebral mostraron tumor selar compatible con adenoma de hipofisis. Histológicamente correspondió a un craneofaringioma con focos múltiples de adenoma de hipofisis, que por inmunohistoquímica fue positivo para prolactina, D2DR y PTTG-1. Las áreas de craneofaringiomas fueron negativas. El segundo caso es una mujer de 35 años de edad que inició con cefaleas intensas y pérdida progresiva de la visión. La TAC y IRM mostraron

tumor selar compatible con ADH.

Histológicamente se observa adenoma de hipofisis con restos de epitelio estratificado inmaduro con focos de retículo estrellado y cambios de metaplasia escamosa que corresponden a cambios de craneofaringioma. Por IHQ las áreas de Adenoma fueron positivas para FSH, D2DR y PTTG-1. Negativas en las áreas de craneofaringioma. Presentamos dos casos diferentes de tumor de coalición hipofisarios, uno con cambios predominantes de craneofaringioma que rodea nidos de adenoma de hipofisis y el segundo caso predomina el adenoma de hipofisis con restos de craneofaringioma que muestra ambos aspecto histológicos. Cambios metaplasicos, tumores mixtos, tumores de coalición, invasión a la hipofisis, restos embrionarios se han considerado entre las posibilidades de encontrar ambos patrones histológicos juntos.

C-32

Craneofaringioma maligno. Reporte de 4 casos

Martha Lilia Tena Suck, Alma Ortiz Plata, Lessly Portocarrero, Ulises Rodríguez, Daniel Rembao Bojórquez, Citlaltepelt Salinas Lara

Departamento de Neuropatología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suarez. México D.F.

Craneofaringioma es un tumor paraselar benigno grado I de acuerdo a la OMS, sin embargo el comportamiento clínico de estos tumores es muy variable, tienden a recurrir, y a dar metástasis, aún con un patrón histológico benigno. La transformación maligna es poco probable y es

muy controversial. Escasos casos de carcinoma epidermoide se han reportado. Presentamos 4 casos de craneofaringiomas que presentan un patrón histológico diferente con una presentación clínica muy agresiva. Son tres mujeres y un hombre, edad de 34, 45, 28,18 años. Los tres presentan un tumor paraselar que la primera cirugía se reporta como craneofaringioma ameloblastico grado I de acuerdo a la ONS. Dos casos recurrieron 4 veces y una 5 y uno 7 veces. La ultima biopsia muestra un cambio del patrón normal, uno mostró un estroma denso de aspecto basaloide, el segundo un patrón basaloide pero con diferenciación y/o desdiferenciación cementiforme, y abundantes fibras de Rosenthal. El tercer caso muestra atipias celulares en el epitelio externo con pseudoestratificación y áreas basaloides y abundantes fibras de Rosenthal y el cuarto caso muestra una diseminación difusa cerebral con abundantes nidos irregulares de aspecto basaloide y abundantes fibras de Rosenthal. Todos presentaron un índice mib-1 mayor de 10% en contraste con el tumor primario que en promedio fue de 4%. P53, neurofilamentos y pérdida de la E-cadherina se presentó en la última biopsia en relación a la primera. Si bien no hay un patrón histológico reconocido para la transformación maligna el patrón basaloide, carcinoma epidermoide, transformación adenomatosa son los patrones que se mencionan como transformación maligna pero sobre todo el alto índice Mib-1 y la expresión de la P53. Nosotros presentamos 4 casos, con transformación basaloide, pseudo estratificación del estroma, atipias celulares, desdiferenciación cementiforme, y abundantes nidos que

en lugar de presentar un epitelio externo presentaban un aspecto basaloide. Todos ellos con abundantes fibras de Rosenthal.

C-33

Melanocitoma cerebral. Reporte de dos casos

Yessica González Cantú, Martha Lilia Tena Suck, Alma Ortiz Plata, Daniel Rembao Bojórquez, Citlaltepelt salinas Lara, Jaqueline Valadez

Departamento de Patología Hospital de alta especialidad Murguerza, Monterrey NL. Departamento de Neuropatología, Instituto Nacional de Neurología México D.F.

Melanocitoma cerebral es un tumor benigno formado por abundantes melanocitos que no contienen nucléolo prominente y se caracteriza por ser tumores negruzcos de aspecto lodoso. Son aparentemente tumores benignos pero son de comportamiento clínico agresivo con una alta tendencia a recurrir y dar metástasis.

Presentamos dos casos de melanocitoma cerebral. Ambos casos fueron mujeres, con edad de 36 y de 38 años. Uno fue de localización en ángulo pontocerebeloso y el segundo en lóbulo frontal. Ambos fueron operados con exéresis completa que recidivaron en 12 y 14 meses después de la cirugía. El primer caso fue radiado y el segundo no. La recidiva del tumor del ángulo pontocerebeloso fue en el mismo lugar y el tumor frontal fue en el lóbulo temporal. Histológicamente tanto el primer tumor como la recidiva presentaban abundantes células oscuras, granulares, grandes que formaban grumos celulares. Se despigmentaron las células y estas eran pequeñas de

núcleo homogéneo y no mostraban nucléolo grandes prominente. Fueron positivas para Melan A, y HMB45. El caso que fue radiado mostraba, además formación de granulomas con células gigantes multinucleadas y vasos engrosados. El melanocitoma a pesar de ser un tumor benigno se comporta clínicamente agresivo, entre los diagnósticos diferenciales debemos considerar; son el melanoma pero este tumor no presenta nucléolo prominente que no fue presente ni en las recidivas. Las lesiones melanocíticas cerebrales son de mal pronóstico a pesar del grado histológico que se les de inicialmente.

C-34

Meningioma parietal microquístico como variante inusual, reporte de caso

Pablo Gabriel López Delgado, Rosa María Vicuña González

Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

Los meningiomas son generalmente tumores benignos la mayoría de grado I según la OMS, que afectan la duramadre y están compuestos por células meningoteliales, su incidencia va del 13 al 26% de tumores intracraneales, con un pico de incidencia entre la 6ª y 8ª décadas de la vida, en niños suelen presentarse las formas más agresivas. El meningioma microquístico tiene una frecuencia de presentación del 2 al 4% del total de meningiomas en adultos. Se presenta el caso de un hombre de 76 años, quien inició su padecimiento actual con disartria, recibió manejo médico con diagnóstico de evento vascular cerebral. En la resonancia magnética se encontró un

tumor extraaxial parietal izquierdo; homogéneo, de base amplia en su inserción, que reforzaba importantemente con gadolinio, con edema perilesional. Se efectuó resección de la lesión y se observó una neoplasia sólida de color amarillo de 4 x 3 x 2.5 cm adherida a la duramadre, que histológicamente correspondió a un meningioma microquístico. La clínica de estos tumores varía según su tamaño y ubicación. Los hallazgos radiológicos pueden hacer pensar en tumores metastásicos con áreas quísticas, y el diagnóstico solo puede hacerse en el estudio histopatológico, en el cual puede ser confundido con un hemangioblastoma con lipidización, un astrocitoma pilocítico con componente microquístico prominente, o un adenocarcinoma metastásico, por lo cual implica un reto diagnóstico, además el interés de éste caso es que se trata de una variante poco frecuente de los meningiomas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- J Korean Neurosurg Soc 34 : 382-385, 2003 Microcystic Meningioma - Unusual Variant of Meningiomas. Jun Hyung Cho, M.D.,1 Kook Hee Yang, M.D., Ph.D.,2. Ho Yeal Zhang, M.D., Ph.D.,2 Jeong-Hae Kie, M.D.3
- 2.- Bombay Hospital Journal, Vol. 50, No. 4, 2008. Microcystic Meningioma - A Report of Two Cases Sushma N Ramraje*, Rakesh Shedje**
- 3.- J Korean Neurosurg Soc 35 : 401-406, 2003. Microcystic Meningioma : The Characteristic Neuroradiologic Findings Seung Hyun Kim, M.D.,1 Dong Gyu Kim, M.D.,1 Chae - Yong Kim, M.D.,1 Gheeyoung Choe, M.D.,2 Kee - Hyun Chang, M.D.,3 Hee - Won Jung, M.D.1
- 4.- Brain Tumor Pathol. 2011 Oct;28(4):335-9. Epub 2011 Aug 24. Microcystic meningioma presenting as a cystic lesion with an enhancing

mural nodule in elderly women: report of three cases. Rishi A, Black KS, Woldenberg RW, Overby CM, Eisenberg MB, Li JY.

- 5.- Pathology & Genetics. Tumours of the Nervous System. World Health Organization Classification of Tumours. Meningiomas. (11) 176-184 D.N. Louis, B.W. Scheithauer, H. Budka, A. Von Deimling, J.J. Kepes.

C-35

Gangliocitoma displásico (Enfermedad de Lhermitte-Duclos). Reporte de 2 casos

Damian R. Sánchez Zavala, Lily B. Abraham Maldonado. Carlos Sánchez Lara. Julieta Y. Peralta Serna. Fernando de la Torre Rendón. Javier Valdés García. Octavio Salazar Castillo. Nestor Rodriguez Martínez. Ulises Bravo Angel.

Servicios de Patología y Neurocirugía, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. ISSSTE. México, D.F.

El gangliocitoma displásico del cerebelo, es una patología rara reportada por primera vez en 1920 por Lhermitte y Duclos. Se considera un hamartoma o una malformación más que una verdadera neoplasia, se caracteriza por ser un tumor que reemplaza la arquitectura normal del cerebelo. La enfermedad clásica se considera una masa unilateral en el hemisferio cerebral. Se puede presentar de forma esporádica o asociado a un síndrome. **Caso 1:** Femenina de 44 años de edad, con cuadro clínico de 3 meses de evolución, caracterizado por cefalea holocraneal asociada a náusea; lateralización de la marcha a la derecha, incoordinación del hemicuerpo derecho, vómito en proyectil y mareos. EF. Papiledema bilateral, nistagmo horizontal, dismetría, mar-

cha atáxica. La Resonancia Magnética muestra lesión ocupativa en hemisferio derecho cerebeloso con apariencia de engrosamiento de las folias y efecto de masa en tallo cerebral. Es intervenida quirúrgicamente el 25 de Febrero de 2011 para resección del tumor. En el servicio de patología recibimos un espécimen de 4 x 2.5 x 0.7cm, café claro y blanquecino de aspecto hemorrágico, irregular, blando; microscópicamente es cerebelo con desorganización de la capa molecular y granulosa, mielinización anormal y células ganglionares displásicas. **Caso 2:** Femenina de 26 años, con antecedentes quirúrgicos de colocación de derivación ventriculoperitoneal en el 2000, secundaria a hidrocefalia, y resección de tumor de fosa posterior en el 2004 y 2008, inicia posterior a cirugía con cefalea holocraneal, asociada a náuseas, vómitos y vértigo. EF. Con dismetría y diadococinesia bilateral. Se realizó TAC de cráneo con reporte de: mitad superior del hemisferio cerebeloso derecho de predominio en el lóbulo anterior y el vermis superior con aumento difuso del volumen y desorganización de las folias, afección cortical y subcortical, así como múltiples trayectos tubulares subcorticales de pequeño calibre llenos de líquido. Es reintervenida el 4 de Enero del 2012, con resección parcial del tumor (60%). En el servicio de patología recibimos múltiples fragmentos que midieron en conjunto 6 x 4.5 x 1cm, café, rojizos, microscópicamente con alteración de la arquitectura normal del cerebelo y células ganglionares displásicas. Ambos casos fueron diagnosticados histopatológicamente como gangliocitoma displásico de cerebelo. El estudio de inmunohistoquímica reveló

negatividad de la proteína ácida glial fibrilar, sinaptofisina positiva y actividad del 0% de Ki67. El gangliocitoma displásico de cerebelo microscópicamente consiste en desorganización de la capa molecular con mielinización anormal, ocupada por células ganglionares con displasia, ausencia de la capa de Purkinje e hipertrofia de la capa granular, con atrofia en la sustancia blanca cerebelar. El estudio de inmunohistoquímica es positiva en la expresión de la sinaptofisina.

C-36

Dos tumores primarios distintos en sistema nervioso central, adenoma de hipofisis y glioblastoma multiforme, reporte de un caso

Lara Torres Héctor Ricardo, Vázquez Sierra Gloria Lis

Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional "La Raza"

El adenoma de la hipófisis y el glioblastoma multiforme son los tumores frecuentes en el sistema nervioso central, teniendo la primera neoplasia un buen pronóstico y la segunda un pronóstico malo. La coexistencia de estas neoplasias es extremadamente rara. Presentamos el caso de un paciente de 70 años con una lesión en región selar y otra en la región frontal derecha de corteza cerebral. Inició catorce días previos con cefalea holocraneana y hemiparesia cuerpo izquierdo, realizaron tomografía axial computarizada que reportó tumor intra y supraselar y una lesión quística de 6.4x5 cm, de pared delgada y contenido líquido espeso en la corteza, que tuvo moderada captación del medio de contraste. Se programó para

resección de ambas lesiones, misma que se realizó sin complicaciones. Recibimos dos muestras, la primera referida como “oligodendroglioma”, contenía varios fragmentos irregulares de tejido, con un volumen de 2 cc, café claro, con superficie granular fina. Los cortes histológicos de esta lesión mostraron una neoplasia astrocítica con pleomorfismo importante, abundantes mitosis atípicas, proliferación endotelial y necrosis en pseudoempalizada. La segunda muestra referida como “tumor de región selar”, tuvo varios fragmentos irregulares de tejido de 1 cc de volumen, café claro, consistencia blanda. Los cortes histológicos fueron compatibles con el diagnóstico de adenoma hipofisario. Se han propuesto varias teorías para explicar la coexistencia de dos neoplasias primarias en sistema nervioso central, la exposición a carcinógenos en la dieta, la terapia por radiación y la asociación a facomatosis; hasta el momento no existe una relación demostrada entre estos factores y las neoplasias antes descritas. Nuestro caso presentó dos tumores primarios del sistema nervioso central, situados en zonas separadas, sin ninguno de los antecedentes descritos anteriormente.

C-37

Metástasis en glándula pineal: hallazgo en tres casos de autopsia

Marisol Gramajo Rodas; Dafne Ayala Dávila; Tania Garibay Huarte; Laura G. Chávez Macías; Erick Gómez Apo
Unidad de Patología. Hospital General de México y Facultad de Medicina, UNAM.

Las metástasis constituyen hasta el 50% de todos los tumores cerebrales. Su localización más habitual es

córtico-subcortical, o dural en forma de masa, aunque pueden presentar diseminación leptomenígea difusa; se dice que las metástasis en glándula pineal son extraordinariamente raras. Los casos informados han sido de estudios de autopsia y algunos escasos de metástasis en la pineal como primera manifestación tumoral. La región pineal es un sitio poco común para las metástasis y las lesiones pineales metastásicas son usualmente asintomáticas, por eso su dificultad en diagnosticarlas y sospecharlas. Se revisaron estudios de autopsia para determinar los casos en donde se evidenciaba metástasis en la glándula pineal, y ver las similitudes o diferencias entre ellos.

Las metástasis en la pineal son extremadamente raras y los casos informados han sido de estudios de autopsia y algunos escasos de metástasis en la pineal como primera manifestación tumoral. Uno de estos casos solo presentó la glándula pineal como sitio de metástasis en sistema nervioso central. Y un solo caso presentó anomalías macroscópicas en la inspección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kashiwagi S. Intracranial metastases to the pineal region. Report of three cases. *J Neurosurg Sci.* 1991;35:55-7.
2. Kashiwagi S, Hatano M, Yokoyama T. Metastatic small cell carcinoma to the

pineal body: case report. *Neurosurgery.* 1989;25:810-3.

3. Ahn JY, Chung YS, Kwon SO, Huh R, Chung SS Metástasis aislada región pineal del cáncer de pulmón de células pequeñas. *J Clin Neurosci* 2005;12:691-3.
4. Samanci Y, Iplikcioglu C, E Ozek, Ozcan D, B Marangozoglul La metástasis del cáncer de pulmón se presenta como un tumor de la región pineal. *Neurocirugía* 2011;22:579-82

C-38

Hallazgos neuropatológicos en displasia tanatofórica tipo II: a propósito de un caso de autopsia

Marisol Gramajo Rodas; Regina Canade Hernández Hernández; Valentín González Flores; Erick Gómez Apo; Laura Chávez Macías

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

La displasia tanatofórica fue descrita por Maroteaux, Lamy y Robert en 1967. Se han informado múltiples casos; su incidencia mundial es de 1.7-3.8/100,000 nacimientos; en México se estima que es de 1/60,000. Se caracteriza por hipoprecimiento fetal acentuado, acortamiento de las extremidades y tórax estrecho, además, hipoplasia pulmonar y broncomalacia. Se clasifica en dos: el Tipo 1 se caracteriza por huesos largos curvos con el fémur en “auricular de teléfono”

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Metástasis fuera del SNC	Metástasis en otros sitios del SNC	Pineal macroscópicamente anormal
1	62	M	Carcinoma de células pequeñas de pulmón	Si	Si	Si
2	28	F	Adenocarcinoma mucinoso de recto	No	No	No
3	59	F	Adenocarcinoma de pulmón	Si	Si	No

y aplanamiento de los cuerpos vertebrales; y el Tipo 2 se caracteriza por huesos cortos pero rectos y cráneo “en trébol”. Se efectuó autopsia a óbito femenino de 31.2 semanas de edad estacional con antecedente de madre de 27 años, Gesta 2, producto anterior sano, con ocho consultas de control prenatal, los informes por ultrasonografía durante los primeros cinco meses se informaron sin alteraciones; en el ultrasonido del sexto al octavo mes se informó con malformación de cráneo. Los hallazgos neuropatológicos de la autopsia fueron: El encéfalo pesó 400 g, la superficie encefálica dorsal está trilobulada a expensas del lóbulo frontal y ambos lóbulos temporales. El cerebelo está disminuido de tamaño. En los cortes seriados coronales, no hay hidrocefalia y el cerebelo es acentuadamente pequeño. Microscópicamente, hay displasia del núcleo dentado y núcleo olivar inferior, displasia cortical frontal, displasia del cuerno de Ammon, nódulos gliales aracnoideos e hipoplasia cerebelosa. La displasia tanatofórica es la displasia esquelética mortal más común en el neonato. Se ha asociado a malformaciones cerebrales que incluyen megalocéfalia, anomalías de las células neuronales, disgenesia del área parahipocámpica, nódulos gliales aracnoideos y displasia de núcleos; hallazgos comunes en la displasia tipo 2 que representa el 15% de las displasias tanatofóricas. Es incompatible con la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alejandro Giraldo-Cuartas, M.D. Thanatophoric dysplasia. A case report and review. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2008;59:349-356
2. Luis Paulino Islas-Domínguez, Lino E Cardiel-Marmolejo, Mario Pineda-Ochoa, Noé Hernández-Romero, Viridiana Guillén-Montelongo. Thanatophoric dysplasia type 1. A case report. *Revista Mexicana de Pediatría* 2008;75:231-234
3. Dr. Marión Fernández, Dr. Rolando Aguilera, Dr., Eulogio Pineda. Displasia Tanatofórica Reporte de caso 1998;XIX: 44-47
4. Daniel Campos-Acevedo, Araceli Martínez-Mendoza, Roberto Ambríz-López, Laura Martínez- Villarreal, Georgina Arteaga-Alcaraz, Carmen Esmer-Sánchez.
5. Displasia tanatofórica en un embarazo gemelar: Hallazgos prenatales y revisión de la literatura. *Perinatología y Reproducción Humana* 2010;24:36-41
6. Álvaro Lezid Padilla Rodríguez, Marco A Durán Padilla, Belinda R Davies. Thanatophoric dysplasia: review of the diagnostic criteria in five autopsy cases. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2005;72:126-132.

C-39

Carcinoma papilar de plexos coroides de morfología rabdoide. Presentación de un caso

Ruby Rivera-Marfil, *Guillermo Castellanos. *Médico Anatomopatólogo y ** Médico Residente de 2do. año de Anatomía Patológica

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: Las neoplasias de los plexos coroides (NPC) son poco frecuentes y representan menos del 1% de los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC). Estas lesiones pueden manifestarse a cualquier edad pero típicamente se diagnostican en los niños menores de 1 año. Los carcinomas de plexos coroides (CPC) representan un tercio de los tumores con este tipo de diferenciación y les corresponde un grado histológico III en la clasificación de la Organización

Mundial de la Salud (OMS). Excepcionalmente, se han informado casos de CPC con morfología rabdoide.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 23 años con un tumor de 8 meses de evolución de localización parasagital izquierdo que involucra ventrículo lateral del mismo lado. A los cortes axiales de cráneo de la resonancia magnética (RM) se ve una lesión hipointensa en región ya mencionada, bien delimitada, heterogénea, mide aproximadamente 40x30 mm, comprime el ventrículo lateral del mismo lado e invade estructuras adyacentes como el talamo y presenta múltiples calcificaciones intralesionales. **Resultados:** En las preparaciones citológicas durante la consulta transoperatoria y los cortes histológicos definitivos se observó una lesión neoplásica de estirpe epitelial con una celularidad densa, constituida por áreas sólidas que alternaban con formaciones papilares de células poligonales de aspecto rabdoide, con citoplasma eosinófilo abundante, núcleo excéntrico, ovoide, cromatina dispersa y nucléolo evidente; se identificaron hasta 5 figuras de mitosis por campo a seco fuerte. No se observó componente glial o neuroectodérmico primitivo asociado. Las tinciones de inmunohistoquímica fueron positivas para citoqueratinas, proteína glial fibrilar ácida (PGFA) y negativos para Antígeno de membrana epitelial (EMA) y actina de músculo liso (AML). **Discusión:** El CPC de morfología rabdoide debe tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial de las lesiones de PC, así como también distinguirlo del tumor rabdoide/teratoide (TR/T), por lo que es necesario el análisis histológico, la correlación clínica, tinciones de inmu-

nohistoquímica y en algunos casos el estudio molecular.

C-40

Condrosarcomas en huesos de cara y cráneo, presentación de 4 casos en UMAE 25 y revisión de la literatura

*Vázquez López Brenda Esther **, Mejía Bañuelos Rosa María*, Esquivel Hernández Olga*, Hernández Martínez Silvia*, Piña Osuna Ana Karina*, Soto Patiño Francisco Antonio**, Leyva Aguilar Hernán Iván****

Anatomopatólogos UMAE 25, **Residentes de Patología UMAE 25, *Residente de neurocirugía UMAE 25. IMSS*

Los condrosarcomas de cráneo se originan en la base, también en la duramadre, y raros intraparenquimatosos, representan un 0.15% de todas las lesiones ocupativas del cráneo y 6% de los tumores de la base. Afectan adultos entre la 4ª y 5ª década, con predilección por hombres, presentando masas destructivas con mineralización, son tumores de crecimiento lento, que recurren y se extienden, pero raramente metastatizan. La mortalidad es alta, ya que es difícil la resección completa. El tratamiento adyuvante es radioterapia, que aunque no es curativa, ayuda al control local. Se recopiló del archivo del Departamento de Patología los casos de condrosarcomas de huesos de cara y cráneo, desde enero del 2010 a diciembre del 2011. Se encontraron 4 casos todos en mujeres, con edad media de 34 años. La presentación clínica fue masa dolorosa de crecimiento lento en 3 casos (75%), y uno de ellos como tumor selar acompañado de alteraciones visuales (25%). La

localización del tumor fue del 50% en cráneo (base del cráneo y ambos huesos parietales); el otro 50% correspondió a huesos de la cara (mandíbula izquierda y región nasal). Fueron clasificados 3 casos de grado alto y uno de grado intermedio. El pronóstico de estos pacientes es reservado debido a que no es posible la resección quirúrgica completa. Los cuatro casos que reportamos corresponden mujeres, con rangos de edades dentro de lo descrito en la literatura. La mayoría son tumores agresivos, de alto grado de malignidad e irresecables. Los cuatro casos cursaron con grandes masas ocupativas.

C-41

Condrosarcoma moderadamente diferenciado variedad mixoide retroocular izquierdo originado probablemente en piso orbitario: presentación de un caso de autopsia

Alfredo Valero Gómez; María Esther Gutiérrez Díaz Ceballos; Humberto Cruz Ortiz; Tania Garibay Huarte; Marisol Gramajo Rodas; Diego Gutiérrez Martínez

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

Los tumores de origen cartilaginoso de la base del cráneo son raros. Representa el 0.15% dentro de las lesiones intracraneales y 6% de todos los tumores de base de cráneo. Estas lesiones se pueden originar de tres áreas que son la base de cráneo, (incluyendo senos paranasales), de la convexidad y a partir de las meninges. Los tumores cartilaginosos de la base del cráneo se originan de remanentes del condrocráneo. Se clasifican en:

central, juxtacortical, mesenquimatoso y asociados a encondromatosis. El paciente inició su padecimiento 18 meses antes con aumento de volumen de ojo izquierdo, la resonancia magnética mostró una lesión retroorbitaria que invadió lóbulo frontal izquierdo, se le practicó biopsia la cual no fue concluyente, mostraba además dificultad respiratoria, se encontró en el ojo izquierdo exoftalmos con secreción purulenta. El paciente falleció 24 horas posterior a su ingreso. En la autopsia se observó en el lóbulo frontal izquierdo una lesión neoplásica de 10x8x8cm de aspecto mixocondroide. El diagnóstico de la autopsia fue CONDROSARCOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO VARIEDAD MIXOIDE RETROOCULAR IZQUIERDO ORIGINADO PROBABLEMENTE EN PISO ORBITARIO QUE INFILTRA SENO FRONTAL, ETMOIDES, FOSA NASAL, SILLA TURCA, TECHO DE LAS 2 ORBITAS, QUIASMA OPTICO, PARÉNQUIMA CEREBRAL DEL LÓBULO FRONTAL IZQUIERDO. En ambos pulmones se observó tromboembolias recientes. El Condrosarcoma tiene predilección por el esqueleto axial, con 45 % de los casos (pelvis 25 %, costillas 20 %). El ilion 20 %, fémur 15 % y húmero 15 %. La localización rara de esta lesión, es el motivo de la presentación.

C-42

Hamartoma angioliomatoso presentación de un caso y revisión bibliográfica

Sonia Tavares García, Blandina Hernández Cruz, Ruby Rivera-Marfil
UMAE Hospital de Oncología CMN SXXI

El hamartoma angioliipomatoso es una lesión neoplásica rara benigna que afecta tejidos blandos, se han reportado dos casos en la literatura. Más del 50% se presentan en las dos primeras décadas de la vida, la tasa de recurrencia es de 90% en un intervalo de 5 años. El estudio histopatológico muestra una proliferación anormal de vasos sanguíneos venosos y capilares de paredes gruesas mezcladas con tejido adiposo maduro, con septos fibrosos, agregados linfoides y células mononucleares. Mujer de 42 años de edad, con tumor en tejidos blandos de cara interna del 1/3 inferior muslo izquierdo de 2 años de evolución, presentó aumento gradual, dolor a la deambulacion y a la flexión. Por ultrasonido e imagen resonancia magnética se reporto una lesión dependiente de tejidos blandos sin infiltración a tejidos profundos. Se programo de forma electiva para resección tumoral. Los cortes histológicos mostraron una lesión bien delimitada, no encapsulada, constituida por bandas gruesas y delgadas de septos fibrosos que rodeaban y disecaban el tejido adiposo maduro, alternado con múltiples vasos sanguíneos de diferente calibre, grosor e irregularidad en la pared e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. El hamartoma mesenquimatoso angioliipomatoso es una lesión benigna, rara, que afecta principalmente tejidos blandos, se presenta en la segunda década de la vida y esta constituida por una mezcla de tejido adiposo maduro, septos fibrosos y una proliferación anormal de vasos sanguíneos anormales, los estudios de inmunohistoquímica son positivos a CD34 y actina de músculo liso.

C-43

Granuloma Eosinófilo de la Órbita con Cristales de Charcot-Leyden

Dolores Ríos y Valles-Valles, Abelardo A. Rodríguez-Reyes, Héctor A. Rodríguez-Martínez, Alfredo Gómez-Leal, Stephanie de la O-Pérez, Maria de Mar Yukie Namba- Bando.

Asociación para Evitar la Ceguera en México, Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes"

El granuloma eosinófilo de la órbita representa la forma benigna de la histiocitosis de células de Langerhans. Shields en una serie de poco más de 645 biopsias orbitarias encontró que las lesiones histiocíticas representaron menos del 1% de los casos estudiados. Predomina en pacientes masculinos de la primera o segunda década de la vida. En la órbita, el hueso frontal es el más afectado. Presentamos el caso de un niño de 6 años de edad con proptosis y edema del párpado superior izquierdo (PSI) de un mes de evolución. En la exploración oftalmológica se encontró eritema y dolor a la palpación del PSI y limitación en los movimientos oculares ipsilaterales. La TAC demostró una lesión orbitaria supero-temporal con datos de erosión ósea. El diagnóstico clínico fue de tumor de la glándula lagrimal vs. Rbdomiosarcoma. Se realizó biopsia escisional. El estudio microscópico mostró una neoplasia constituida por eosinófilos, histiocitos, células de Langerhans, células gigantes multinucleadas, escasos neutrófilos y linfocitos. Entre ellas se identificaron zonas de necrosis con cristales de Charcot-Leyden. Las tinciones de inmunohistoquímica resultaron positivas para CD1a en las células de

Langerhans. El diagnóstico histopatológico fue de granuloma eosinófilo con cristales de Charcot-Leyden en la órbita. Charcot y Robin en 1853 y Leyden en 1872 describieron cristales microscópicos en el bazo de pacientes con Leucemia y en esputo de asmáticos respectivamente. Estos cristales se observan en condiciones asociadas con eosinofilia y son raros en pacientes con granuloma eosinófilo orbitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. AM J Ophthalmol 1997;124:814-824. Ophthal Plast Reconstr Surg 2003;19:429-439.

C-44

Tumor de Wilms Teratoide. A propósito de un caso.

Julio César Sánchez Venegas, María del Carmen Juárez García, César Iván Peña Ruelas, Francisco A. Soto Patiño, Edmundo E. Castelán Maldonado, Julia O. De Leija Portilla, Alberto Delgado Velázquez, Eduardo A. González Murillo, Amalia Castro Rodríguez.

Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste, IMSS. Monterrey, N.L.

El tumor de Wilms teratoide (TWT) es una variante rara del clásico tumor de Wilms, que presenta componentes heterólogos como tejido glial, adiposo, músculo, cartilago o hueso en más del 50% de la neoplasia.¹ **Caso clínico:** Niña de 21 meses de edad con aumento de volumen abdominal de 9 meses de evolución. La TC abdominal mostró en el riñón izquierdo un tumor de 15 cm de diámetro mayor, heterogéneo con predominio de densidad grasa, que desplazaba y comprimía

grandes vasos y vísceras abdominales. Se le realizó nefrectomía radical izquierda. En Anatomía Patológica se recibió un riñón de 980 grs., deformado, con superficie lobulada; al corte se identificó un tumor de 15 cm de diámetro mayor, heterogéneo, multilobulado, café-amarillento y blando, así como zonas quísticas con contenido seroso. Los cortes histológicos mostraron el patrón trifásico del nefroblastoma (blastemal, epitelial y mesenquimal), 80% del tumor estaba constituido por elementos heterólogos (tejido adiposo maduro, músculo estriado, epitelio glandular y escamoso). El componente blastemal mostró reactividad intensa para WT-1.

Discusión: La patogénesis del TWT no ha sido bien establecida, algunos autores sugieren que los componentes heterólogos derivan de blastema metanéfrico primitivo². Hay pocos casos reportados en la literatura, en su mayoría niños de 2-4 años de edad, algunos son tumores bilaterales³. Histológicamente el principal diagnóstico diferencial es el teratoma³; en nuestro caso, la presencia del patrón trifásico, los componentes heterólogos, y la expresión de WT-1 fueron claves para el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Fernandes ET, et al. Teratoid Wilms' Tumor: The St. Jude experience. *J Pediatr Surg* 1988;23:1131-4.
2. Mukhopadhyay B, et al. Teratoid Wilms' Tumor. A rare renal tumor. *Urology Annals*. 2011;3:155-7
3. Variend S, et al. Teratoid Wilms' Tumor. *Cancer* 1984;53:1936-42.

C-45

Calcinosis tumoral universal en un paciente de 14 años con dermato-

miositis juvenil. informe de un caso

María Lizeth Pérez Díaz, César Mauricio Rojas Maruri, Rosa María Vicuña González, María Irene Rivera Salgado, Jesús Vázquez Sánchez, Ana Celia Castro Porras

Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

La calcinosis corresponde al depósito anormal de sales de calcio en la piel, tejido celular subcutáneo, músculos y tendones. Es una enfermedad poco frecuente de la cual se distinguen tres tipos clínicos:

Circumscrita, caracterizada por pequeños nódulos subcutáneos, más comúnmente en las falanges, que se observa principalmente en mujeres perimenopáusicas.

Universal o generalizada: Se caracteriza por nódulos múltiples diseminados en todo el organismo, se presenta en los extremos de la vida, siendo más común en niños mayores y adolescentes. Este tipo se asocia frecuentemente con enfermedades autoinmunes del tejido conectivo como dermatomiositis, lupus eritematoso y esclerodermia.

Tumoral: Se caracteriza por lesiones muy grandes localizadas, es más frecuente en jóvenes y tiene carácter familiar.

Se presenta el caso de un joven de 14 años quien inició su padecimiento en el 2009, caracterizado por dolor, aumento de volumen y eritema en pierna izquierda, con diagnóstico clínico de celulitis fue tratado con antibióticos y antiinflamatorios sin mejoría, posteriormente se agregaron múltiples nódulos subcutáneos en ambas piernas y aumento del dolor que llegó a ser incapacitante y a postrar al paciente en una silla de ruedas. Se efectuó una tomografía computada y

se observaron calcificaciones múltiples en los tejidos blandos de ambas extremidades inferiores de predominio izquierdo, se tomó biopsia y los hallazgos fueron consistentes con una calcinosis universal. Al paciente se le hizo el diagnóstico clínico de dermatomiositis juvenil dos años después del inicio de su padecimiento y se inició tratamiento con metotrexate, prednisona e hidroxicloroquina. Se presenta este caso debido a que es interesante por encontrarse asociado con una enfermedad autoinmune y por la rareza de la entidad.

C-46

Enfermedad de Gorham-Stout: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Ana Graciela Puebla Mora MB, Emanuel Gámez Rosas R2, Virginia Torres Huerta MB

Centro Médico de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jal.

El síndrome de Gorham-Stout es un desorden esquelético raro de etiología y patogénesis aún desconocidas del cual se conocen actualmente 200 casos. Consiste en una osteólisis masiva de una parte o todo un hueso. Histopatológicamente el hueso es remplazado por tejido vascular no neoplásico en etapas tempranas y tardíamente por tejido fibroso. Se realiza el estudio del caso clínico y de los hallazgos histopatológicos de una paciente diagnosticada con síndrome de Gorham Stout. Se reúnen estudios de imagen, clínicos y paraclínicos y el estudio de cortes teñidos en hematoxilina y eosina. Se trata de un paciente femenino de 9 años de edad que inicia sus síntomas en Julio del 2010 con dolor

en dientes (molares) y aumento de volumen de cuello. Es diagnosticada inicialmente como portadora de quiste tirogloso y tratada con antimicrobianos sin mejoría. Es referida al Hospital de pediatría de tercer nivel en Enero del 2012. Se realizan estudios de gabinete en donde se detecta destrucción total de maxilar inferior por lo que se somete a biopsia en donde se observa una proliferación de pequeños vasos con células endoteliales sin atipia los cuales se extienden hacia tejidos blandos adyacentes, disecan fibras musculares estriadas y tejido adiposo por lo que con estos hallazgos sumado a los clínicos se establece diagnóstico de síndrome de Gorham-Stout. La enfermedad de Gorham-Stout es un diagnóstico de exclusión que requiere la integración de los estudios clínicos, paraclínicos de gabinete e histopatológicos para su confirmación. La presentación clínica expuesta en este caso es relativamente infrecuente.

C-47

“Malformación Renal Arteriovenosa”

MF Salazar-Morales*, S Parraguirre Martínez*, C Pacheco**

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

Las malformaciones renales arteriovenosas son una entidad rara con una prevalencia de 1/30,000 casos de autopsia. En pacientes vivos representa una causa de hematuria asociada a hipertensión. Son de tipo congénito y adquirido, el primer grupo se divide en variedades cirsoide y cavernosa. Se presenta el caso de un varón de 19 años quién debutó con hematuria

en abril del 2011, acudió al servicio de Urología y se realizó nefrectomía. En Patología se recibe producto de nefrectomía derecha de 170 g. y de 12.3x6x3.8 cm, de superficie externa café clara con múltiples áreas violáceas de aspecto hemorrágico con predominio en polo superior; así como segmento de uréter de 5.5x1.5 cm. Al corte se observa el sistema pielocaliceal dilatado por material hemático, el parénquima café claro con relación corteza-médula conservada. En los cortes histológicos se observan, por debajo del revestimiento urotelial y a nivel del parénquima, luces vasculares arteriales y venosas en estrecha relación entre sí, algunas parcialmente ocluidas por trombos de fibrina. Se emite el diagnóstico de nefrectomía derecha con malformación vascular arteriovenosa con trombosis reciente. Las malformaciones renales arteriovenosas son una entidad sumamente rara, pueden ser congénitas o adquiridas. Cuando el origen es congénito, la causa reside en alteraciones genéticas que distorsionan la habilidad celular para dirigir y regular el proceso de angiogénesis, se manifiestan en la infancia o adolescencia cuando adquieren tamaño suficiente para expresarse clínicamente como hematuria por la ruptura de las paredes vasculares

C-48

Sarcoma prostático de tipo tumor filodes: informe de un caso

Lisbeth Villagrana Sotelo, Fernando E. de la Torre Rendón, Ibeth Vargas Razo, Juan Carlos Navarro Vargas, Francisco Velázquez Macías, Luis Martínez Huitron, C. Vazquez Niño. Servicios de patología y urología,

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

Los tumores de próstata representan la neoplasia mas frecuente en el varón, de ellas las de origen mesenquimal corresponden a un 0.1 a 0.2 %. Una variante muy rara es el sarcoma de tipo filodes, en la literatura se han reportado 30 casos en pacientes de 20 a 86 años, el signo cardinal es una uropatía obstructiva severa recidivante. Histológicamente estos tumores se caracterizan por expansión del estroma especializado de la próstata asociado a un componente glandular no neoplásico. Se ha observado que expresan CD 34 y receptores de progesterona. Tienen un crecimiento infiltrante y un alto potencial de propagación extraprostatico y metastático. La recidiva es de 65% en los tumores de bajo grado y del 100% en los tumores de alto grado. El tratamiento consiste en prostatectomía radical con quimioterapia coadyuvante. Se reporta el caso clínico de un masculino de 79 años con un cuadro clínico de diez años de evolución con uropatía obstructiva crónica, sus estudios paraclínicos y su APE se encontraban dentro de rangos normales, se le realizó biopsia prostática con reporte histopatológico negativos para lesión maligna, por lo que fue sometido a RTUP, con mejoría parcial de la sintomatología, cinco años después el paciente presenta nuevamente cuadro obstructivo y se le realiza nueva RTUP, con reporte histopatológico de hiperplasia glandular y muscular, a pesar de la mejoría parcial el paciente continuo con cuadros obstructivos repetitivos hasta que presento elevación de azoados por insuficiencia renal aguda, el paciente fue hospitalizado

para estabilización y sometido nuevamente a RTUP, se envió el tejido para estudio histopatológico con reporte de sarcoma prostático de tipo tumor filodes con componente de sarcoma indiferenciado, se le realizó estudio de inmunohistoquímica complementario con positividad para AEM y Vimentina, posterior a mejoría clínica el paciente fue egresado del hospital para continuar tratamiento por oncología, sin embargo reingreso tres meses después con deterioro clínico importante, se le realizaron estudios paraclínicos y fue sometido a una LAPE encontrando un tumor dependiente de vejiga que se extendía a pared abdominal, posterior a cirugía presentó complicaciones hemodinámicas y falleció siete días después.

C-49

Nefroma quístico pediátrico. Presentación de un caso

Monroy Hernández Victor M. Sánchez Claudio Mariela, Martínez Olivares Jocabed, Jerónimo Guerrero Debbie S
Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" CMN "La Raza"

El nefroma quístico es un tumor renal multiquístico benigno, raro, que pertenece a un espectro de tumores que incluye nefroblastoma quístico parcialmente diferenciado y Nefroblastoma (Tumor de Willms). Tiene dos picos de incidencia, en niños menores de 2 años, predominantemente en hombres y en un rango de edad de 21 a 92 años, más comúnmente en mujeres. La presentación clínica más frecuente es como una masa incidental abdominal. Se presenta el caso de un nefroma quístico en un lactante. Lactante de 11 meses, con tumor abdo-

minal en flanco derecho, asintomático. TAC abdominal con tumor dependiente de riñón derecho, heterogéneo de 20 cm aproximadamente. Se realiza nefrectomía derecha, el espécimen mide 13x10x6 cm, la lesión es multiquística, septada, bien delimitada, con líquido cetrino. Se identifica una pequeña porción de parénquima renal residual. En los cortes histológicos los quistes se encuentran revestidos por epitelio que va de plano, cúbico en aspecto de "tachuela", entre los septos fibrosos, no se encuentran elementos de tejido inmaduro, blastemal o epitelial. El nefroma quístico en niños se considera como una variante madura del Tumor de Willms aun que en la clasificación más reciente de la Organización Mundial de la Salud se clasifica dentro del grupo de Tumores Mixtos con elementos mesenquimales y epiteliales. En ambos casos no se encuentran remanentes embrionarios nefrogénicos. El pronóstico es favorable posterior a la nefrectomía sin requerir quimioterapia.

C-50

Carcinoma intraductal in situ originado de un fibroadenoma mamario. Reporte de 2 casos

Yessica González Cantú, Martha Lilia Tena Suck, América Alarcón Herrera
Departamento de patología Hospital de Alta Especialidad Murguerza. Monterrey NL, INNN-MVS

El carcinoma ductal in situ (CDIS) es el tipo más común de cáncer de mama no invasivo. Originado en un fibroadenoma mamario es un hallazgo poco habitual. Por lo general el tratamiento es quirúrgico con una buena sobrevida. Las mujeres que se

someten a cirugía con preservación de la mama (lumpectomía) para CDIS sin terapia de radiación presentan alrededor de 25 a 30 % de riesgo de sufrir una recurrencia en algún momento. Reportamos dos casos de carcinoma ductal in situ originado en un fibroadenoma mamario. **Caso 1:** Mujer de 68 años, G8, P8, IVSA 16 años menarca 11 años. Lactancia en todos. Presenta dolor en mama derecha y presencia de un nódulo firme desplazable. La mastografía reporto fibroadenoma mamario, se extirpo quirúrgicamente e histológicamente mostro un fibroadenoma clásico pero en los ductos presentaba hipertrofia con ocasionales atipias hasta obstruir el ducto mamario. Se diagnosticó como carcinoma ductal in situ. **Caso 2:** Mujer de 44 años de edad menarca 12 años, IVSA a los 18, G3, P3, lacto solo 2 veces. Inicia padecimiento actual con secreción por pezón derecho, mastalgia y se palpo un nódulo, la mastografía mostró un nódulo que se diagnosticó a fibroadenoma mamario. Histológicamente se observó que en el fibroadenoma los ductos mamarios presentaban hiperplasia epitelial con atipias celulares y nidos pequeños que obliteraban el ducto. El resto de tejido mamario mostró datos de condición fibroquística. Por inmunohistoquímica fue positiva para Her2-neu +, RE+, (3%), ki67 de 2% y p53 y RP negativos. Por lo general los fibroadenomas mamarios son tumores benignos que no tienden a malignizarse nosotros presentamos dos casos de carcinoma ductal in situ que se originaron de los conductos mamarios atrapados en el fibroadenoma y que por inmunohistoquímica muestran datos leves de actividad celular.

MINICASOS

M-1

“Oncocitoma con Oncocitosis Difusa de la Glándula Parótida”

Salazar Morales Miguel Fernando
/ Dr. Recinos Carrera Elio Germán
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

El cambio oncocítico es una metaplasia en la cual se desarrollan células eficientes para la realización de fosforilación oxidativa. Las glándulas salivales son un sitio inusual para el desarrollo de tumores oncocíticos siendo aún más raros cuando la glándula parótida se encuentra involucrada, lo cual representa menos del 1% de los tumores de glándulas salivales. Presentamos el caso de una mujer de 65 años de edad quien ingresó a la consulta externa del Servicio de Cirugía General debido a un aumento progresivo de volumen en la región parotídea derecha, de 12 meses de evolución, por un tumor de 4x5cm, de superficie regular, bordes bien definidos, fijo a planos profundos y no doloroso. La División de Anatomía Patológica recibió un espécimen ovoide de 7x4x2cm, anfractuoso, violáceo y con escaso tejido adiposo adherido. A los cortes seriados es amarilla y de aspecto adiposo con un área central de 2.2x1.8cm, color rojo vino de apariencia carnosa. A nivel histológico se observaron nidos de células de morfología poligonal, con citoplasma granular y marcadamente eosinófilo, dispersos en un parénquima constituido por acinos serosos y adipocitos, además de dos

grandes conglomerados constituidos por células de las características antes descritas correspondientes al área rojo vino vista a nivel macroscópico. El espécimen enviado fue diagnosticado como producto de parotidectomía con oncocitoma de 2.2x1.8cm, nódulo satélite de 1x0.5cm y oncocitosis difusa. El proceso oncotópico continúa siendo un fenómeno de patogénesis incierta cuya causa aparente radica en un defecto a nivel mitocondrial. Dado que la metaplasia oncocítica de la glándula parótida es extraordinaria, llama la atención la coexistencia de dos condiciones distintas, oncocitoma y oncocitosis, en el presente caso.

M-2

Schwannoma nasal en una mujer de 39 años, informe de un caso

Pérez Díaz María Lizeth, Bautista Piña Verónica, Rojas Maruri Cesar Mauricio, Rivera Salgado María Irene, Sánchez Larios Roberto, Domínguez Matías Miguel.

Hospital Central Sur de Alta Especialidad Pemex Picacho

Introducción: Los schwannomas son tumores benignos encapsulados, generalmente solitarios. Sus localizaciones más frecuentes son las superficies flexoras de las extremidades, cuello, mediastino, retroperitoneo, raíces espinales posteriores, y el ángulo pontocerebeloso. La gran mayoría de los casos ocurren de forma esporádica. Microscópicamente con dos patrones, designado como Antoni A y B. **Presentación:** Paciente femenino de 39

años con obstrucción nasal derecha y epistaxis intermitente. Posteriormente se agregó obstrucción izquierda, epifora derecha, hipoacusia no progresiva y sensación de plenitud ótica derechas, acufeno, pesantez facial, rinorrea posterior, roncopatía y respiración oral secundarias. Manejada con esteroide tópico nasal sin mejoría. A la exploración se encuentra, fosa nasal derecha con tumoración única de coloración blanquecina rosada, de superficie irregular, que abarca el 100% del vestíbulo, desviación del septum. Nasofibrolaringoscopia: con tumoración rosada lobulada en fosa nasal derecha. TAC: Tumor con densidad similar a tejidos blandos que ocupa fosa nasal derecha que no sobrepasa la coana, desplazamiento lateral de la pared nasal. Durante la cirugía se apreció tumor de aspecto y consistencia fibrosa ocupando toda la fosa nasal derecha, con aparente sitio de implantación en septum nasal; resecado en su totalidad, confirmado en tomografía de control. **Discusión:** La presentación de este caso es por la rareza de la incidencia de schwannomas sinunasales, ya que representan el 4% de los schwannomas de cabeza y cuello. En orden de frecuencia se presentan en: seno etmoidal, maxilar, fosas nasales y seno esfenoidal, la edad de presentación oscila entre los 12 y 76 años, presentándose la mayoría entre los 25 y 55 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosai, Juan, Neurogenus and related tumors and tumorlike condition.

En: Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, 9a. ed. St. Louis, Baltimore, Boston, Mosby, 2004, pag. 318.

2. Rosai, Juan, Tumor and tumorlike conditions of peripheral nerves. En: Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, 9a. ed. St. Louis, Baltimore, Boston, Mosby, 2004. Pag. 2264.
3. Nico E. Jonas, et. Al. Ancient schwannoma of nasal cavity, a rare cause obstruction: A review and case report. Internet journal of pathology. 2007 Volume 5 Numero 2. Disponible en: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-pathology/volume-5-number-2/ancient-schwannoma-of-the-nasal-cavity-a-rare-cause-of-nasal-obstruction-a-review-and-case-report-1.html>.
4. Nishil J. Shah, Priti P Jain, et al. Schwannoma of the nose. Bombay, India. Bombay hospital journal. Volume 53 No. 04, October 2011. Disponible en: http://bhj.org/journal/1999_4102_apr99/case_339.htm

M-3

Linfangitis Granulomatosa del Párpado (Síndrome de Melkersson-Rosenthal). Presentación de un Caso

Abelardo A. Rodríguez Reyes, Dolores Ríos y Valles Valles, Miguel Huerta García, Alfredo Gómez Leal, Héctor A. Rodríguez Martínez, Stephanie de la O Pérez, María del Mar Yukie Namba Bando

Asociación Para Evitar la Ceguera en México

El síndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR) se caracteriza por la triada clásica de parálisis facial recurrente, edema crónico de la cara y párpados, así como hipertrofia y fisuras de la lengua (*lingua plicata*). Fue descrito por Melkersson en 1928 como un síndrome de parálisis y edema facial. En 1931 Rosenthal agregó el hallazgo de *lingua plicata*. La denominada

queilitis de Miesher es una forma monosintomática de SMR. Los hallazgos histopatológicos consisten en la presencia de granulomas no necrosantes dispuestos alrededor como en la luz de vasos linfáticos dilatados. Se presenta el caso de un hombre de 37 años de edad sin antecedentes de importancia, con lesión en el párpado superior izquierdo de tiempo de evolución desconocido. El diagnóstico clínico fue de probable linfoma, por lo que se realizó una biopsia incisional. Microscópicamente, la dermis reticular mostraba numerosos vasos linfáticos dilatados, muchos de ellos rodeados y ocupados en su luz por granulomas no necrosantes. Las tinciones de PAS, Grocott y Ziehl-Neelsen resultaron negativas para microorganismos. El diagnóstico histopatológico fue de linfangitis granulomatosa del párpado (SMR). Se reevaluó al paciente y no se evidenció parálisis facial y/o fisuras en lengua. Histopatológicamente el diagnóstico diferencial debe hacerse con otras inflamaciones granulomatosas tales como sarcoidosis, rosácea granulomatosa, infecciones por micobacterias, hongos y parásitos, enfermedad de Crohn, reacción a cuerpo extraño, algunas vasculitis y procesos neoplásicos. La patogénesis del SMR se desconoce, sin embargo se han propuesto numerosas posibilidades como infección crónica, hipersensibilidad a bacterias, granulomas dentales, alergias y predisposición genética.

BIBLIOGRAFÍA

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992;74:610-9. *Can J Ophthalmol* 2002;37:361-3.

M-4

Hemangiopericitoma Sinonasal. Reporte de un caso

Brenda Vázquez López, María del Carmen Juárez García, César Iván Peña Ruelas, Alejandra J. Torres Rosas, Francisco A. Soto Patiño, Julio C. Sánchez Venegas, Edmundo E. Castelán Maldonado, Eduardo A. González Murillo, Julia O. De Leija Portilla

Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste, Monterrey N.L.

Los hemangiopericitomas son tumores poco frecuentes que representan 1% de todos los tumores vasculares; entre 15 y 30% ocurren en cabeza y cuello, y solo 5% son sinonasales.¹

Caso clínico: Hombre de 58 años de edad con datos de obstrucción nasal y epistaxis intermitente de 4 meses de evolución. La TC mostró un tumor que ocupaba la fosa nasal derecha, el seno maxilar y la nasofaringe y que destruía parcialmente la órbita derecha. Se realizó resección parcial del tumor. En Anatomía Patológica se recibieron varios fragmentos de tejido que midieron 8 x 6 cm, irregulares, blanquecinos con áreas violáceas, blandos con zonas fibrosas. El estudio histopatológico mostró una neoplasia conformada por células fusiformes dispuestas en fascículos cortos, alrededor de vasos ramificados, con actividad mitótica y atipia mínimas; dichas células mostraron reactividad intensa para vimentina, CD34 y actina, y fueron negativas para CD31 y citoqueratinas. Los hemangiopericitomas derivan de células fusiformes contráctiles perivasculares llamadas

pericitos, expresan vimentina, actina, desmina y CD34, pero no antígenos vasculares (CD31 y factor VIII).² La distinción del hemangiopericitoma con el tumor fibroso solitario se basa en sus características histopatológicas e inmunohistoquímicas, aunque algunas lesiones pueden tener características intermedias entre ambos.³ El diagnóstico diferencial debe incluir además otras neoplasias Mesenquimales con patrón vascular prominente.³

REFERENCIAS

1. Palacios E, et al. Sinonasal hemangiopericytomas: clinicopathologic and imaging findings. *ENT-Ear, Nose & Throat Journal* 2005;84:99-102.
2. Gutiérrez R, et al. Hemangiopericitoma de la fosa posterior. A propósito de un caso. *Neurocirugía* 2008;19:446-52.
3. Koscielny S, et al. Hemangiopericytoma: a rare head and neck tumor. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260:450-53.

M-5

Carcinoma secretor análogo al de mama de glándula salival recurrente.

Presentación de un caso

Sócrates A. García Gutiérrez. Dayna G. Ibarra Salazar. Alejandra Mantilla Morales. José Luis Rincón Ortega
UMAE Hospital de Oncología, Centro Médico Siglo XXI, IMSS

Introducción: El carcinoma secretor análogo al de la mama de glándula parótida es una neoplasia infiltrante de reciente descripción que debe distinguirse de los carcinomas de células acinares. Presentamos un caso con múltiples recurrencias locales. **Presentación del caso:** Mujer de 61 años, con antecedente de Carcinoma papilar de tiroides a los 29 años. Presento

lesión tumoral recurrente en región submentoniana y del arco cigomático desde el 2007, recibió tratamiento quirúrgico durante los subsecuentes cuatro años, en la última ocasión con radioterapia adyuvante. Todas las resecciones fueron diagnosticadas como Carcinoma de células acinares de parótida. La neoplasia mostraba un patrón de crecimiento quístico-papilar, con secreción eosinófila. Las células presentaban citoplasma eosinófilo granular o vacuolado, con núcleo redondo sin atipia. Algunas papilas estaban revestidas por células con aspecto en tachuela. Las inmunoreacciones demostraron positividad para citoqueratinas 8, 18 y 19, antígeno de membrana epitelial y proteína S100. La tinción con mucicarmin resultó positiva en espacios con secreción eosinófila. **Discusión:** La primera descripción de este tumor la realizó Skalova en el 2010, separando esta neoplasia de los carcinomas de células acinares ricos en células intercalares. El patrón de crecimiento quístico-papilar, las células con citoplasma vacuolado o granular, expresión de proteína S100 y la presencia de la translocación 12:14 permiten apoyar el diagnóstico de esta neoplasia.

M-6

Tumor germinal mixto extragonadal primario de cavidad nasal en un hombre de 34 años

Mora Campos, Ma. Del Rosario; Morales Pérez, Jaime A; Acosta Jiménez, Elsa; Gómez Campos, Guillermo
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional La Raza, IMSS
La rinofaringe es una región anatómica con una considerable actividad

embriológica, lo que condiciona la formación de diferentes tipos de neoplasias. Los tumores germinales de cabeza y cuello derivan de las células pluripotenciales y constituyen del 2 al 9% de las neoplasias en este sitio, solo un 2 % se presenta en tracto respiratorio superior, casi exclusivo en niños, la presentación en pacientes adultos es inusual. Presentar un caso de Tumor Germinal mixto (TGM), de la vía aérea superior, en un paciente adulto. Hombre de 34 años de edad que presenta rinorrea, fiebre y obstrucción nasal derecha, con algia facial y fronto-parietal derecha, pérdida de peso de 10Kg en 6 meses. En los estudios de imagen se encontró tumor de fosa nasal derecha con imagen en corteza cerebral compatible con metástasis. Se realizó biopsia excisional e histológicamente correspondió a un TGM constituido por teratoma maduro en el 85%, inmaduro en el 14% y tumor de senos endodérmicos del 1%. Se descarto por estudios de imagen tumor en gónadas y en otros sitios. Los teratomas de cabeza y cuello son por igual en ambos sexos, la localización nasal es rara, existen escasos reportes en la literatura, la mayor parte de los casos son diagnosticados en la infancia, en nuestro caso es de gran interés la edad de presentación y el tipo histológico ya que es más común el teratoma maduro. Hay casos esporádicos reportados en la literatura mundial en pacientes adultos.

REFERENCIAS

1. Petrovich Z, Wollman J, Acquarelli, M, Barton R, Malignant Teratoma of the Nasal Cavity. *J Surg Oncol* 1977, 9:21-28
2. Shetty SC, Gupta S, Cherian M, Chary G, Shariff S; Mature Teratoma of the Nasal vestibule: a case report. *Ear, Nose and Throat J* 2000, 79:620-623

M-7

Linfadenoma sebáceo de glándula salival, informe de un caso y revisión de la literatura

Moisés Salamanca García, Ma. Antonieta González Cosío Sánchez Ramón Segura Villalpando
Centro Médico Nacional “20 Noviembre” ISSSTE

El linfadenoma sebáceo es una neoplasia poco frecuente de la glándula salival descrita por primera vez por Rawson en 1950, se han reportado menos de 150 casos en la literatura, no tiene predilección por género, pero es generalmente mayor en mujeres, la edad es amplia desde los 13 a hasta los 55 años. Se trata de mujer de 73 años, originaria y residente de México DF. Sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento en 2009, al notar disminución de la salivación, a la exploración física se observa lesión mandibular izquierda. Se administra tratamiento antiinflamatorio sin remisión, la Tomografía axial computarizada (TAC) muestra una lesión bien delimitada de 3 x 2 cm nodular, sólida a expensas de glándula submandibular izquierda con diagnóstico preoperatorio de tumor de Warthin. El estudio histopatológico muestra una masa bien circunscrita compuesta por islas epiteliales en un fondo linfoide, entremezclado con nidos de células sebáceas, estructuras ductales y células gigantes multinucleadas. El linfadenoma Sebáceo es una neoplasia poco frecuente asociado a la glándula parótida, caracterizada por la presencia de tejido linfoide y células sebáceas. El tratamiento es quirúrgico generalmente curativo. El pronóstico es bueno con una baja

recurrencia y es extremadamente rara la transformación maligna. El diagnóstico diferencial se realiza con tumor de Warthin, carcinoma mucoepidermoide y adenoma pleomorfo

M-8

Leiomioma de hipofaringe. presentación de un caso y revisión de la literatura

Sonia Tavares García, Blandina Hernández Cruz, L. Hernández Briseño
UMAE Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

El leiomioma es una neoplasia maligna mesenquimatosa que se origina de células del músculo liso, es más frecuente en miometrio y tracto gastrointestinal, solo el 3% de los casos se encuentran en cabeza y cuello. Hombre de 37 años que inició su padecimiento hace un año con disfagia. Al estudio endoscopio se observó tumor polipoide del cual se tomó biopsia con diagnóstico de leiomioma. Recibió quimioterapia neoadyuvante, posteriormente se realizó laringectomía en la cual se observó un tumor en pared lateral derecha de hipofaringe de 5 cm de eje mayor. Los cortes histológicos mostraron una neoplasia fusocelular de alto grado compatible con leiomioma, se realizaron reacciones de inmunohistoquímica que reportaron actina de músculo liso, desmina y vimentina positivos confirmando el diagnóstico. El leiomioma hipofaríngeo es una entidad rara, solo se han reportado cuatro casos en la literatura mundial dos casos en pared lateral de hipofaringe, un caso en seno piriforme y en la región postcricóidea. Su principal síntoma es la disfagia

M-9

Adenoma del epitelio pigmentario de la retina: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dra. María Elena Rosales Gradilla, Emanuel Gámez Rosas
Centro Médico Nacional de Occidente IMSS

Las neoplasias del epitelio pigmentario de la retina son raras y se conoce muy poco acerca de sus variaciones clínicas, curso clínico y pronóstico. A pesar de que son neoplasias benignas pueden simular un melanoma coroideo desde el punto de vista clínico e histopatológico. Se seleccionó un caso diagnosticado como adenoma del epitelio pigmentario de la retina y se realiza revisión de la literatura. Se describe el caso de una paciente de 52 años de edad la cual presenta disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo por lo que acude a oftalmología en donde se diagnostica con melanoma coroideo. Se le realiza enucleación y se envía espécimen a nuestro servicio. Macroscópicamente observamos una lesión pigmentada elevada en la parte anterior de la retina de 0.5 mm. Los cortes histológicos muestran una lesión elevada de bordes definidos hiperpigmentada que requirió despigmentación para observar una proliferación de células organizadas en cordones y formaciones glandulares cuyas células muestran cierto grado de atipia pero sin mitosis pleomorfismo o infiltración de tejidos circundantes. El adenoma del epitelio pigmentario de la retina es una lesión rara y debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de melanoma.

M-10

Síndrome de Jaffe-Campanacci. Diagnóstico a partir de lesiones en maxilares

Muela-Campos D. Mosqueda-Taylor A.
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

Hombre de 23 años de edad, referido para tratamiento de múltiples lesiones radiolúcidas. Cuenta con antecedente de lesión central de células gigantes (LCCG) removido del maxilar hace 6 años. Nueva biopsia confirma LCCG en zona previamente intervenida. Estudios de laboratorio descartaron hiperparatiroidismo, pero multiplicidad de lesiones obligó a descartar también Neurofibromatosis tipo I, Síndrome de Noonan y Querubismo, los cuales fueron excluidos clínicamente. Las características del caso sugirieron síndrome de Jaffe Campanacci (JC). Para complementar el diagnóstico, la radiografía de fémur mostro zona radiolúcida en metáfisis inferior medial derecha compatible con fibroma no osificante y se encontraron múltiples manchas café con leche en piel de tronco, abdomen y extremidades, sin otros datos de NF-1, confirmando diagnóstico de JC. El paciente fue infiltrado con acetónido de triamcinolona (seis dosis a intervalos de tres semanas), observándose discreta disminución de las lesiones. El síndrome de JC es una entidad poco común, de etiología desconocida, con menos de 20 casos reportados en la literatura, caracterizada por fibromas no osificantes (FNO) y manchas café con leche, asociado en ocasiones a malformaciones congénitas extraesqueléticas y retraso mental; Algunos casos han presentado LCCGs en maxi-

lares, pero no han sido clasificadas así, ya que las características histológicas de las LCCGs son similares a las descritas para los FNO. Algunos autores sugieren que este síndrome puede ser solo una variante de la NF tipo I. Proponemos un estudio genético en el paciente para descartar la asociación con neurofibromatosis. Las LCCGs y sobre todo múltiples, representan un reto para el patólogo, pues es indispensable hacer el diagnóstico diferencial histológico con diferentes lesiones de naturaleza local o sistémica, ya que la terapéutica y el pronóstico es distinto para cada entidad.

M-11

Hamartoma lingual: reporte de un caso

Flores-Moreno BA¹, De la Rosa-García E¹, Varela-Ibáñez E²

¹Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, México, Unidad Xochimilco.

²Departamento de Cirugía Maxilofacial, Hospital del Niño DIF Hidalgo

Los hamartomas son entidades benignas que ocasionalmente se presentan en la cavidad bucal, como lesiones exofíticas de aspecto nodular o tumoral. Presentar un caso de hamartoma de tejido muscular liso y tejido adiposos en la lengua. Masculino de 4 años acompañado por su madre, que acude a la consulta externa de Cirugía Maxilofacial del Hospital del Niño DIF Hidalgo, por presentar una lesión nodular en la línea media y parte posterior del dorso de lengua, de 1.5 cm de diámetro, de color igual a la mucosa adyacente, forma redondeada, superficie lisa con base sésil y asintomática. La madre refirió que la lesión

fue congénita y que no presentaba dificultad para respirar o disfagia. En la exploración de cabeza y cuello no presentaba adenopatías, ni se identificó alguna otra alteración sistémica. Previa infiltración de anestésico local se realizó una biopsia excisional, que fue enviada al laboratorio de Patología para su diagnóstico histopatológico. Histológicamente la lesión se localizaba en la submucosa, sin la presencia de una cápsula, constituida por múltiples fascículos con disposición irregular de células ovales eosinófilas con núcleos elongados de aspecto muscular liso, gran cantidad de lobulillos de tejido adiposo entremezclados entre los haces musculares y bien vascularizado. El diagnóstico histopatológico fue "Hamartoma lingual con predominio músculo-adiposo". Los hamartomas linguales tienen localización predominantemente submucosa y están compuestos de tejidos normales del sitio donde se originan, se han clasificado histológicamente dependiendo del tejido con mayor cantidad presente en: hamartoma músculo-adiposo o muscular liso, predominantemente neurovascular, asimismo pueden presentar tejido glandular salival.

M-12

Carcinoma odontogénico de células claras: reporte de un caso.

Cisneros Vieyra Sinhue Alejandro, García Acosta Janeth, Mantilla Morales Alejandra

UMAE, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: El carcinoma odontogénico de células claras (COCC) es una neoplasia odontogénica maligna de comportamiento agresivo con

crecimiento infiltrante y recurrencias locales y a distancia. Descrita por Hansen en 1985 y hasta este año 60 casos informados según la revisión de Zhang⁵. **Presentación del caso:** Mujer de 77 años con antecedente de lesión en cara interna mandíbula con reporte histopatológico inicial de quiste radicular- fibroma amelo-blastico. Presentó recurrencia 9 años después. Los estudios de extensión no mostraron actividad metastásica ni tumor en otra localización. Se sometió a mandibulectomía. Se observó una lesión de 0.8X0.6X0.5cm bien delimitada sobre el incisivo. Histológicamente correspondió a una neoplasia intraosea en contacto con diente y mucosa sin infiltración a tejidos blandos. Compuesta por nódulos de células con citoplasma claro abundante núcleos regulares con cromatina fina que alternaban con grupos de célula mas pequeñas con un citoplasma eosinófilo y núcleos hipercromáticos localizadas predominantemente en la periferia, separadas por septos de estroma fibroso y colagenizado. **Discusión:** El COCC es una entidad definida por la OMS como una neoplasia maligna independiente del ameloblastoma. Inmunohistoquímicamente las células del COCC son positivas para EMA y citoqueratinas AE1/AE3, 19 y 14. Las tasas de recurrencia han sido reportadas de alrededor del 50% y de metástasis de hasta un 33% con predilección por ganglios regionales y pulmón. Aunque sea ha informado en la literatura la posibilidad de radiación o quimioterapia para el tratamiento adyuvante en estos pacientes, en nuestro caso se decidió mantener solo en vigilancia ante crecimiento lento.

M-13

Mixoma Odontogénico. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Recinos Carrera E. Germán, Figueroa Ochoa Héctor S., Navarrete Viveros Jesús E.

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

Introducción: Los mixomas odontogénicos son neoplasias benignas y poco frecuentes de origen ectomesenquimal, constituidas por células fusiformes indiferenciadas inmersas en un estroma mixoide. Su presentación es principalmente entre los 20 y 30 años de edad, con una ligera predilección por el sexo masculino (1:1.83), frecuentemente de localización mandibular unilateral y a la altura de la unión premolar y molar.

Resumen Clínico: Nuestro caso se trata de hombre de 17 años de edad, quien acudió por aumento progresivo de volumen en mandíbula derecha, acompañado de dolor en región molar a expensas de tumor, con crecimiento de ganglios submandibulares. Se realizó tomografía de cráneo y el diagnóstico clínico fue ameloblastoma. Se realizó hemimandibulectomía derecha + reparación con colgajo de músculo.

Hallazgos: Recibimos producto de hemimandibulectomía derecha de 10.5 x 7.0 x 4.2 cm, con una lesión central de 8.8 x 5 x 4 cm, irregularmente ovoide, café rojiza, con una red trabecular blanca. Al corte de la superficie es homogénea, café blanquecina, sólida, de consistencia dura con fragmentos óseos a la periferia. Histológicamente identificamos una neoplasia mesenquimatosa benigna

constituida por fibroblastos, inmersos en un estroma mixoide, con evidencia de tumor en uno de los bordes quirúrgicos. **Comentario:** Estas neoplasias son poco frecuentes tienen una incidencia de 0.07 por millón de habitantes anualmente con recidivas en el 25%. Las características del caso concuerdan con la presentación clásica del cuadro, el género, la edad y la localización de la neoplasia. El paciente actualmente se encuentra en seguimiento.

M-14

Carcinoma adenoideo quístico desdiferenciado de la región maxilar. Reporte de un caso

S. Sánchez Rodríguez, M.G.J. Torres Núñez, I. Alvarado Cabrero
UMAE Hospital de Oncología, CMN SIGLO XXI, IMSS

Introducción: El carcinoma adenoideo quístico desdiferenciado (CAQD), presenta áreas de carcinoma adenoideo quístico de tipo convencional (CAQC) y áreas de carcinoma de mayor grado. Su diagnóstico se basa en las características nucleares, estromales y patrón arquitectural agresivo así como la sobreexpresión de P63 y Ki-67. **Presentación del caso:** Paciente de 47 años, referida a nuestro servicio con diagnóstico de carcinoma epidermoide poco diferenciado de tipo sinonasal. Clínicamente con aumento de volumen de región nasogeniana derecha, ardor de hemicara y disnea obstructiva. El material de consulta mostró una lesión neoplásica poco diferenciada con patrones de crecimiento sólido, en filas y trabecular, formado por células grandes pleomorfas con escaso citoplasma

ma eosinófilo, núcleos grandes de contornos irregulares y cromatina dispersa con nucléolo evidente. Su diagnóstico fue de carcinoma poco diferenciado. La paciente fue sometida a maxilectomía radical derecha, la cual mostro una lesión de 6x5 cm blanca, lisa y blanda con extensión al paladar duro, piso y vértice de la órbita. Histológicamente se observo lesión de las mismas características previamente descritas con áreas una neoplasia bifásica con componente ductal y miopitelial dispuestos en un patrón cribiforme, sólido y tubular focal, correspondientes a un carcinoma adenoideo quístico convencional. El diagnóstico final fue, carcinoma adenoideo quístico desdiferenciado.

Discusión: El diagnóstico de CADQD es importante ya que estos son más agresivos que los CAQC; su supervivencia es de 12 a 36 meses. A diferencia de los CAQC presenta metástasis a ganglios linfáticos en más del 50% de los casos de tal suerte que la disección de cuello en estos pacientes está justificada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seethala R R, Hunt J L, Baloch Z W, LiVolsi V A, and Barnes E. L, MD. Adenoid Cystic Carcinoma With High-grade Transformation. A Report of 11 Cases and a Review of the Literature. *Am J Surg Pathol* 2007;31:1683–1694.
2. Raja R. Seethala. An Update on Grading of Salivary Gland Carcinomas. *Head and Neck Pathol* (2009) 3:69–77

M-15

Infarto agudo del miocardio (IAM) secundario a embolia grasa intracoronaria

O Arellano-Escudero, G Valero-Elizondo, A Moreno-Vázquez, P

Soto-Márquez, A Delgado-Velázquez, César A. Flores-García

UMAE Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Aproximadamente el 90% de los IAM son secundarios a enfermedad aterosclerosa de las arterias coronarias. Se presenta un caso de IAM no ateroscleroso y se discuten los posibles mecanismos para explicarlo. Mujer de 34 años portadora de estenosis mitral pura por cardiopatía reumática inactiva, inicialmente sometida a valvuloplastia mitral con balón de Inohue. Un año después cursó con datos de insuficiencia mitral y fue sometida a recambio valvular mitral con implante de prótesis Carbomedics 25 mediante procedimiento de minitoracotomía videoasistida, con hallazgo múltiples laceraciones en ambas valvas. Al término de la cirugía presentó bradicardia que no respondió a marcapaso y asistolia durante 2 min. Se realizó masaje cardíaco directo. El ecocardiograma transtorácico mostró acinesia lateral, apical y anteroseptal. Falleció al siguiente día. La autopsia mostró IAM anteroseptal y lateral alto que afecta mas del 40% de la masa muscular del ventrículo izquierdo, oclusión de la coronaria descendente anterior y marginal obtusa por émbolos de tejido adiposo. Prótesis valvular mitral en buenas condiciones. Válvula aórtica bicúspide. Infartos pulmonares hemorrágicos focales por tromboembolia. Tradicionalmente se describe embolia grasa pulmonar posterior a fractura de huesos largos, traumatismo de partes blandas o quemaduras. En nuestro caso consideramos dos posibles mecanismos de la embolia grasa intracoronaria: 1. Secundaria a la tracción de los arcos costales durante la

minitoracotomía y el paso a cavidades izquierdas por la incisión en el septo interauricular realizada durante el procedimiento de valvuloplastia previo. 2. Implante directo del tejido adiposo a través de la auriculotomía izquierda durante el recambio valvular.

M-16

Siringoma condroide maligno, presentación de un caso en piel de tobillo, con metástasis a ganglios linfáticos inguinales y revisión de la literatura

Mariana Veneroso Contreras, Isidoro Barrañón Martínez

Hospital General Córdoba “Yanga”

Hombre de 48 años de edad que ingresa por presentar ulcera en pie derecho la cual presenta zonas de necrosis y natas de fibrina de 4 años de evolución, asociadas a edema y ganglios linfáticos inguinales aumentados de tamaño y con proceso cicatrizal. Se realiza resección amplia en zona inguinal. En patología se reciben huso de piel con nódulos violáceos irregulares que llegan hasta tejido adiposo, hay ganglios linfáticos; se diagnostica como siringoma condroide maligno. Descrito en 1961, por Hirsch y Helwig, el siringoma condroide maligno, también llamado tumor mixto maligno, se trata de un carcinoma de los anexos cutáneos extremadamente raro (descritos 50 casos en la literatura), significativamente agresivo con recurrencias y metástasis frecuentes tanto a ganglios linfáticos regionales como a pulmón y hueso. Es una neoplasia mas frecuente en mujeres, se localiza en tronco, extremidades (manos y pies) y cara, principalmente en edades avanzadas. Macroscópicamente son

lesiones grandes (2 – 15 cm), firmes, mal circunscritas, asimétricas, en dermis o superficialmente en tejido celular subcutáneo. Histológicamente se caracteriza por ser lobulados, con un patrón de crecimiento infiltrativo y presencia de nódulos tumorales satélites; presenta dos componentes, uno epitelial generalmente hacia la periferia, compuesto de cordones y nidos de células cuboidales o poligonales y algunas estructuras glandulares, el pleomorfismo es variable y otro componente, el mesenquimatoso condromixoide en el centro de la lesión; comúnmente se encuentra asociado a su contraparte benigna, el tumor mixto. Cuando su resección es completa antes de sus metástasis tiene buen pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kevin Trown and Peter Heenan. Malignant mixed tumor of the skin (malignant chondroid syringoma). *Pathology*. 1994; (26); 237 – 243.
2. LeBoit Philip. *Pathology and genetics of skin tumors*. (2006); 127 – 128. Weedon David. *Skin Pathology*. (2010); 791.

M-17

Adenocarcinoma gástrico en paciente de 15 años. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Gabriela Martínez Reyes; Claudia T. Guíterrez Quiroz; Miguel Angel Pérez Corro

Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho”, IMSS Puebla

Los tumores gástricos usualmente afectan a pacientes de la sexta década de la vida. Se ha reportado una incidencia en pacientes menores de 30 años del 1.1% al 3.3%, siendo el

adenocarcinoma difuso con células en anillo de sello el tipo más frecuente, con presencia de metástasis al momento del diagnóstico. Paciente femenino de 15 años de edad, sin antecedentes de importancia, inicia 6 meses previos a su ingreso con hiporexia, ictericia conjuntival y pérdida de peso (12 kg), a la exploración física con tumor abdominal que abarca desde fosa iliaca derecha, hipocondrio derecho y mesogastrio, indurado, doloroso, se somete a laparoscopia encontrando epiplón con múltiples nódulos, tratada con antifímicos, sin respuesta. Posteriormente se realiza endoscopia reporta presencia de lesión infiltrante y estenosante en antro gástrico. Reporte histopatológico en biopsia de lesión gástrica, adenocarcinoma difuso con células en anillo de sello. Citología de ascitis con infiltración por células de adenocarcinoma. La presentación de los carcinomas gástricos en pacientes jóvenes (menores de 30 años) es más frecuente en mujeres, con histología poco diferenciada y estadio clínico avanzado, se encuentran asociados hasta en un 95% con infección por *Helicobacter pylori*. Se ha sugerido que estos exhiben expresión reducida de E-cadherina y beta catenina y revelan una prevalencia baja de inestabilidad microsatelital, mostrando diferentes perfiles genómicos en comparación al carcinoma en pacientes de edad avanzada.

M-18

Carcinoma de Células Acinares de Páncreas asociado a Síndrome de Hipersecreción de Lipasa. Reporte de un caso y revisión de la literatura
Dante Díaz Martínez, Gabriela Mar-

tínez Reyes, Aurelio Valentín Mendoza García

Centro Médico Nacional “Manuel Ávila Camacho”, IMSS Puebla

El carcinoma de células acinares de páncreas es un tumor agresivo, que corresponde al 1%-2% de los tumores de páncreas exocrino, se presenta en hombres caucásicos de 62 - 70 años con masa intraabdominal; son tumores sólidos, bien circunscritos, ocasionalmente quísticos, hemorrágicos, con necrosis. Se presentan con una frecuencia del 8% en cuerpo, 56% en cabeza y un 36% en cola de páncreas. En 10% se presenta con síndrome de hipersecreción de lipasa (necrosis grasa subcutánea, poliartalgias, eosinofilia ocasional, endocarditis trombotica no-bacteriana) debido a secreción de lipasa por el tumor, estos paciente usualmente tienen metástasis hepática. Masculino de 63 años, el cual refiere iniciar en febrero del 2010, posterior a contusión de rodilla izquierda, posteriormente cursa con fiebre sin predominio de horario de hasta 38 grados, con diaforesis y pérdida de peso de 9 Kg. en un mes. Durante su estancia de Hospital de Trauma y Ortopedia se realizaron lavados quirúrgicos de articulaciones, rodilla, codos y muñeca en múltiples ocasiones, con salida de material seroso, con presencia de cultivos negativos. Presenta evolución con fiebre, en miembro pélvico izquierdo con aumento considerable del dolor; con evacuaciones líquidas por 15 días. Con presencia de esplenomegalia dolorosa de 2 cm por debajo del reborde costal, de consistencia blanda, sin hepatomegalia. Reporte histopatológico en producto de esplenectomía y cola de páncreas: con reporte de carcino-

ma de células acinares que infiltra y comprime el bazo. Considerando que el carcinoma acinar de células acinares de páncreas es un tumor raro, su presentación clínica con pérdida de peso (50%), ictericia (12%), dolor abdominal (32%), vomito (23%), son síntomas considerados inespecíficos para el diagnóstico clínico, su asociación con pancreatitis, necrosis grasa, poliartralgia, eosinofilia, presentes en un 16% de los pacientes; así como con nódulos subcutáneos, pancreatitis aguda e hipoglucemia, nos pueden orientar a su diagnóstico clínico y por lo tanto a la búsqueda intencionada del patrón histológico en el estudio histopatológico.

M-19

Hemangioma cavernoso de recto: informe de un caso de difícil tratamiento

Jimena Trillo Tinoco, Marco Antonio Durán Padilla

Hospital General de México, O.D, Facultad de Medicina, UNAM

El hemangioma cavernoso de recto es poco común con menos de 200 casos descritos en el mundo, la mayoría de los casos afecta a adultos jóvenes, el recto sigmoides es la localización más común en el tracto gastrointestinal, la hemorragia transrectal es la manifestación clínica más frecuente, el diagnóstico se realiza a través de estudios por enema con bario, colonoscopia, angiografía de la arteria mesentérica, tomografía computada y resonancia magnética, el tratamiento es la escisión quirúrgica completa. Se presenta el caso de un hombre de 54 años con hemorragia transrectal de difícil tratamiento. Hombre de

54 años con historia de hemorroides grado III de 30 años de evolución y sangrado transrectal ocasional, acudió a nuestra institución en donde se le realizó resonancia magnética que reportó tumor heterogéneo vascular rectal, se le realizó resección recto-sigmoidea baja, con colo-recto anastomosis termino-terminal. En patología se recibió espécimen de 36 cm de longitud, que a la apertura tenía una lesión difusa concéntrica en la porción distal que midió aproximadamente 18x15 cm, revestida de mucosa con pliegues ensanchados, de color café rojizo, al corte mostró engrosamiento de la pared con numerosos vasos tortuosos en la mucosa, lámina propia y entre las capas musculares. Histológicamente la lesión es difusa dispuesta en la lámina propia, y entre las capas musculares, compuesta por canales vasculares amplios y dilatados, de paredes delgadas, con escaso estroma de tejido conectivo y aumento de fibras musculares lisas, la mucosa que la reviste presenta edema. Los hemangiomas del colon y recto surgen del plexo vascular submucoso y hay dos tipos histológicos, los capilares y los cavernosos. Los hemangiomas cavernosos constituyen el 80% de las lesiones colorrectales, pueden reemplazar la pared intestinal e involucrar la mucosa hasta la serosa y estar presentes en el 100% de la circunferencia del colon o recto, ocasionalmente pueden invadir órganos vecinos como vejiga, uréteres y útero pero no hay una comunicación entre el aporte vascular del tumor y el órgano vecino afectado. El 10% puede tener lesiones sincrónicas en esófago, estómago o intestino delgado, mientras que el 50% de los hemangiomas colorrectales puede tener hemangiomas cutáneos.

M-20

Pancreatitis Necrótico- Hemorrágica y Necrosis Hepática Masiva secundaria a infección por Virus Hepatitis A. Reporte de Caso Clínico

Loyola R. Georgina, Ramos B. César, Villanueva P. Arisbeth

Departamento de Anatomía Patológica. Centro Médico Nacional de Occidente UMAE, IMSS

La presentación atípica de hepatitis secundaria a infección por Virus Hepatitis A culminando con una necrosis hepática masiva se presenta en un 0.5% de los casos. El cuadro clínico conjunto de necrosis hepática masiva y pancreatitis necrótico hemorrágica por infección de virus Hepatitis A es de desenlace fatal. Masculino 28 años, que inicia con dolor abdominal difuso persistente y malestar general, presentándose además ictericia, fiebre, acolia y coluria. Se realiza diagnóstico de Hepatitis por Virus Hepatitis A e inicia tratamiento ambulatorio. El dolor abdominal se intensifica acompañado de alteraciones del estado de alerta. Ingres a terapia intensiva por falla hepática aguda Subfulminante con mala evolución y desenlace en fallecimiento. El estudio de necropsia, muestra hígado con fibrosis sobre un fondo necrótico geográfico en el 98% del parénquima hepático, infiltrado inflamatorio de predominio linfocítico periportal alternando con eosinófilos (en menor número), páncreas con necrosis geográfica, con algunos acinos residuales que representan menos del 1 %, vesícula biliar con hipertrofia de la muscular y senos de Roquitan sky prominentes. El mecanismo fisiopatogénico de necrosis hepática masiva

secundaria a infección por virus de hepatitis A es aún desconocida con exactitud. El cuadro clínico atípico de hepatitis secundaria a infección por virus de hepatitis A mas pancreatitis necrótico-hemorrágica es por lo general fatal. Existen estudios que sugieren predisposición genética a dicha infección, con desarrollo de falla hepática fulminante y pancreatitis necrótico hemorrágica sin grupo etario específico.

M-21

Carcinoma difuso con células en anillo de sello primario de estómago metastásico a mama en una mujer de 29 años

Mariana Barroso Espinosa. Margarita Valverde Quintana
Hospital General ISSSTE, Tlaxcala, Tlax.

Presentación de un caso de una mujer de 29 años que inicia con intolerancia a la vía oral progresiva seguida de pérdida de peso de 8 kg., en 3 meses, se le realiza endoscopia que no permite el paso del endoscopio mas allá de la unión esófago gástrica, se toma biopsia y a la exploración física completa, mama izquierda con tumor de 3 x 3 cm., en radio de las 10, se toma PAAF y marcadores tumorales. Se realiza el diagnostico diferencial de un carcinoma con células en anillo de sello doble primario contra metastasico con PAAF, tinciones de hematoxilina y eosina, PAS y apoyo externo al hospital de estudios de inmunohistoquímica (receptores de estrógenos y progesterona). Se encontró PAAF con carcinoma con células en anillo de sello probable metastásico, biopsia de esófago y mama con carcinoma difuso

con células en anillo de sello PAS (+) y receptores hormonales (-) en biopsia de mama. Los carcinomas metastasicos a la mama pueden simular tumores malignos primarios de este órgano y raramente se ve afectada por estos

M-22

Tumor estromal gastrointestinal en ampulla de Vater con células gigantes tipo osteoclasto

A Romero-Utrilla, F Osuna-Ramos, L Camacho-Rebollar, C Cordova-Uscanga, L Mora-Hernández, A Remírez-Castellanos, F Candanedo-González

UMAE Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Los tumores estromales gastrointestinales (TEG) duodenales comprenden menos del 5% de todos los casos; pero en región periampular son aún mas raros. Informamos un caso de TEG con células gigantes tipo osteoclasto en una mujer de 61 años con anemia y síndrome de desgaste. En Abril de 2011 se agregó dolor abdominal de tipo cólico en epigastrio e hipogastrio, acompañado de pérdida de peso de 5 Kg, distensión abdominal y dispepsia. Inicialmente recibió tratamiento para síndrome de intestino irritable, sin mejoría. En la exploración física, se encontró sin evidencia de ictericia, ni adenopatías, con peristalsis normal, sin datos de irritación peritoneal. Una tomografía de abdomen mostró tumor en segunda y tercera porción de duodeno. Por endoscopia se confirmó la presencia de tumor en ampulla de Váter, del cual se tomaron biopsias que inicialmente fueron diagnosticadas como adenocarcinoma poco diferenciado. Por lo que se realizó Whipple.

Macroscópicamente, se identificó tumor de 3x2.8 cm., ulcerado, que invadía toda la pared duodenal y respetaba al páncreas. Histológicamente, se observaron fascículos cortos de células fusiformes y pequeños nidos de células de aspecto epitelioides que alternaban con células gigantes de tipo osteoclasto. Por inmunohistoquímica las células neoplásicas fueron intensamente positivas para C-kit, CD34 y actina músculo liso. Un mes después la paciente se encuentra viva sin actividad tumoral. Comentario: Los TEG son un grupo heterogéneo con un amplio espectro de características histológicas. Nosotros mostramos una variante aún no bien reconocida con células gigantes tipo osteoclasto que se presta a confusión en el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leung KM, Wong S, Chow TC, Lee KC. A malignant gastrointestinal stromal tumor with osteoclast-like giant cells. Arch Pathol Lab Med 2002;126:972-974.

M-23

Tumor miofibroblástico inflamatorio del colon. Presentación clínico-patológica de un caso y revisión de la literatura

Román Morales Sánchez, Paniagua Morgan Froylan de Jesus
Hospital de Especialidades Pediátricas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Introducción: El tumor miofibroblástico (TMI), es una neoplasia sólida poco frecuente, suele afectar a niños y adultos jóvenes, aunque puede ocurrir a cualquier edad, su localización mas frecuente es en

pulmón seguida de mesenterio y otras localizaciones intraabdominales, cuando ocurre en este último, la lesión puede simular clínicamente una neoplasia maligna como linfoma, sarcoma o metástasis. **Material y métodos:** Se presenta el caso de una niña de 8ª, con distensión abdominal de 5 meses de evolución, episodios intermitentes de dolor abdominal y fiebre ocasional, agregándose distensión abdominal; manejada en el Hospital Regional con sonda nasogástrica; el colon por enema normal sin datos de estenosis, dos días previos a su ingreso a nuestro hospital, presenta ausencia de evacuaciones, dolor abdominal y distensión abdominal, se integra diagnóstico de oclusión intestinal. Fue sometida LAPE con resección del ileon apéndice y ciego con tumor cecal. **Resultados:** En el servicio de patología se recibió segmento de colon de 13 x 6 cm, de diámetro mayor, la serosa es de color café grisáceo con adherencias fibrolaxas y trama vascular aparente, previamente abierta en uno de los extremos. Al corte del segmento se observó una neoformación polipoide cecal ulcerada, que mide 5.5x 4cm, con base sesil, es de color café claro de consistencia firme, la cual dilata la luz intestinal. Los cortes histológicos son representativos de proliferación polipoide submucosa de células fusiformes de tipo miofibroblástico. **Discusión:** El tumor miofibroblástico inflamatorio es un tumor mesenquimal raro, que afecta con mayor frecuencia a niños. Cuando se localiza en el abdomen, puede simular lesiones malignas, como linfoma, sarcoma o metástasis. Su etiología y pronóstico son inciertos.

M-24

Leiomioma multicéntrico de intestino delgado

Juan Carlos Córdova Ramón, Armando Gamboa Domínguez, Francisco Abdías Calderón García

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Subirán", México D.F.

Las neoplasias malignas del intestino delgado constituyen 1% de todo el tracto gastrointestinal. Los sarcomas de intestino delgado tienen una frecuencia menor de 15%, el más frecuente es el tumor del estroma gastrointestinal (TEGI). La presentación clínica habitual es dolor, melena e intususcepción. El diagnóstico diferencial es principalmente con TEGI. El tratamiento es quimioterapia, sin embargo el pronóstico no se encuentra establecido por la rareza de la entidad.

Objetivo: presentar un caso de leiomioma multicéntrico intestinal, sus diagnósticos diferenciales, así como la importancia del diagnóstico correcto en el tratamiento y pronóstico de esta entidad. **Presentación de caso:** Mujer de 43 años, inició con evacuaciones melénicas, anemia grave, leucocitosis, trombocitosis, taquicardia, fiebre y derrame pleural derecho. Los estudios de imagen mostraron intususcepción en yeyuno, implantes pleurales y nódulos pulmonares sugerentes de metástasis. La tomografía de riñón sugerente de tumor primario. Videoendoscopia y enteroscopia con gastropatía eritematosa en cuerpo y antro, lesiones exofíticas friables y ulceradas. **Estudios de Patología:** Las biopsias de estómago, duodeno y yeyuno, mostraron neoplasia mesenquimatosa maligna con patrón

fusocelular y pleomorfismo, con 3 mitosis x campo de gran aumento. Inmunoistoquímica: H-caldesmon +, actina +, S-100, CD 117, Dog-1, CD 34, EMA, panqueratinas y EBER negativos. La resección de yeyuno mostró tumor de 3.5x4.5 cm. con morfología similar a las biopsias. El diagnóstico fue leiomioma multicéntrico de alto grado. Se presenta un caso de leiomioma intestinal multicéntrico, entidad poco frecuente de la cual solo se encontraron 3 casos reportados en la literatura.

M-25

Struma Carcinoide Ovárico. Reporte de un caso

Brenda E. Vázquez López María del Carmen Juárez García, César Iván Peña Ruelas, Alejandra J. Torres Rosas, Francisco A. Soto Patiño, Julio C. Sánchez Venegas, Edmundo E. Castelán Maldonado, Julia O. De Leija Portilla, Eduardo A. González Murillo.

UMAE Hospital de Especialidades No.25, Centro Médico del Noreste, IMSS, Monterrey N.L.

El Struma Carcinoide (SC) es un tumor poco frecuente que constituye menos del 1% de los teratomas ováricos.¹ **Caso clínico:** Mujer de 46 años con aumento de volumen en hipogastrio de 4 meses de evolución. La ecografía abdominal reportó un tumor quístico complejo en ovario derecho de 7 cm de diámetro mayor. Se le realizó salpingooforectomía derecha. En Anatomía Patológica se recibió un tumor ovárico de 6.5 x 5 cm, ovoide, con cápsula lisa y blanquecina; a la sección presentaba una zona quística de contenido seroso con superficie in-

terna lisa y un área sólida, café-clara, con áreas amarillentas y blanda. Los cortes histológicos mostraron una mezcla de folículos tiroideos y células tumorales dispuestas en trabéculas. Las células de los folículos fueron inmunorreactivas para tiroglobulina y el segundo componente para Eno-lasa Específica Neuronal; la inhibina y la cromogranina fueron negativas. El diagnóstico del SC se basa en sus características histológicas, ultraestructurales e inmunohistoquímicas.² Los carcinoides ováricos primarios se pueden originar del epitelio intestinal o respiratorio de un teratoma quístico maduro y se dividen en insular, strumal, trabecular y mucinoso.² Entre los carcinoides ováricos el patrón insular es el más frecuente, seguido por el patrón strumal que está conformado por una mezcla de tejido tiroideo y tumor carcinoide.³

REFERENCIAS

1. Pelosi G, et al. Thyroid-type papillary microcarcinoma in ovarian strumal carcinoid. *International Journal of Surgical Pathology* 2008;16:435-7.
2. Kurabayashi T, et al. Primary strumal carcinoid tumor of the ovary with multiple bone and breast metastases. *J Obstet Gynaecol Res* 2010;36:567-71.
3. Roth L, et al. The enigma of struma ovary. *Pathology* 2007;39:139-46.

M-26

Sarcoma del estroma endometrial con diferenciación a músculo liso

Mandujano-Alvarez GJ^{1,3,4}, Bulnes-Mendizabal DP^{1,3}, Padilla-Chávez RM^{2,5}, Mandujano-Vera GM^{3,4}

¹ Departamento de Patología y ² Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Alta Especialidad

de la Mujer, Tabasco. ³ Profesor-Investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco ⁴, Departamento de Patología, Hospital Médica Tabasco, ⁵Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma de Guadalajara

Introducción: El Sarcoma del estroma endometrial (SEE), es poco frecuente, correspondiendo al 10% de neoplasias mesenquimatosas malignas del útero y al 0.2%, del total de neoplasias malignas del órgano. El SEE de bajo grado tiene diferentes variantes, que deben reconocerse, por los diagnósticos diferenciales que plantean. **Resumen de caso:** Mujer de 44 años con sangrado uterino anormal. Historia de tabaquismo, alcoholismo y obesidad. Ultrasonido reportó Leiomiomatosis uterina. Se realizó histerectomía total abdominal. El útero midió 13.5 x 12.0 x 10.2 cm. Al corte, se identificó tumor blanco amarillento intramural, de bordes irregulares, a 1.0 cm., de la cavidad endometrial; midió 5.5 cm., de diámetro. Resto del útero con leiomiomas bien delimitados. Histológicamente, proliferación densa, uniforme de células ovoides con cromatina densa y baja actividad mitótica. Conformados y laminas que se extienden entre los fascículos miometriales. Llama la atención formación de nidos con zona central hialinizada y bandas de células musculares de aspecto inmaduro. Por inmunohistoquímica la neoplasia expresa CD10, focalmente Actina y desmina. **Discusión:** El diagnóstico del SEE es morfológico en la mayoría de los casos. Existen numerosas variantes que son diferenciación a músculo liso, cambio fibromixioide, elementos tipo cordones sexuales,

diferenciación glandular, epitelioides, rabdoide, de células claras y diferenciación rabdomioblástica. Se han agregado recientemente metaplasia adiposa y “de núcleos bizarros”. Las variantes en general no modifican el pronóstico, sin embargo su importancia es en el diagnóstico diferencial.

M-27

Carcinoma ductal infiltrante de mama sin patrón específico con componente mucinoso: informe de un caso y revisión de literatura

Alejandra Romero Utrilla, Juan Fidel Osuna Ramos, Dr. Albino Ceja Guerrero.

Instituto Sinaloense de Cancerología, Culiacán Sinaloa

El carcinoma ductal infiltrante de mama sin patrón específico, incluye la mayoría de los carcinomas (70-80%) se caracterizan por una amplia variedad de patrones en el cual se pueden encontrar características descritas para los carcinomas de tipo especial. Paciente femenina de 36 años, a quien clínicamente se le palpó un nódulo movable de bordes irregulares y ganglios axilares negativos. La mastografía se interpretó como BIRADS II. Se realizó biopsia por tru-cut, diagnóstico histopatológico e inmunohistoquímica para receptores hormonales, her2-neu y e-cadherina. Posteriormente, mastectomía y resección de ganglios axilares con diagnóstico histopatológico. Histológicamente, la biopsia por tru-cut presentó abundante acumulación de mucina extracelular (80%) alrededor de las células tumorales, con diagnóstico de carcinoma mucinoso puro de mama. Por inmunohistoquímica, las

células tumorales resultaron positivas para receptores de estrógenos y e-cadherina, negativo para progesterona y her2-neu. En el sitio del tumor de la pieza operatoria de mastectomía, se observó macroscópicamente un aspecto microquístico, blanquecino, de consistencia ahulada e histológicamente células neoplásicas residuales, aisladas formando pequeños grupos, túbulos, áreas de mucina y microcalcificaciones. 5 de 19 ganglios axilares presentaron metástasis. Diagnosticándose carcinoma ductal infiltrante sin patrón específico con componente mucinoso (30%). Es necesario conocer las características histopatológicas del cáncer de mama para su manejo adecuado. El carcinoma ductal infiltrante sin patrón específico con característica de tipo especial tiene un peor pronóstico debido a su heterogeneidad; es por ello la importancia del estudio completo de la pieza operatoria de mastectomía.

M-28

Enfermedad de ROSAI-DORFMAN en mama. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Acosta Jiménez, Elsa, Moreno Luna, Juan Antonio, Jerónimo Guerrero, Debbie Sheley, Morales Pérez, Jaime A, Guzmán Tovar, Monserrat
 UMAE, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

La Enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD) es de etiología desconocida pero relacionada con alteraciones del sistema inmune; los primeros reportes fueron en 1969, se le atribuía una localización limitada a ganglios linfáticos, pero se han encontrado

casos extra-ganglionares. Se caracteriza por dilatación importante de los sinusoides secundario a histiocitos grandes que muestran un citoplasma abundante o vacuolado. La característica morfológica es la presencia de emperipolesis. La manifestación clínica clásica es con adenopatías y fiebre, en donde la glándula mamaria es el sitio más afectado, la lesión puede ser dolorosa a la palpación o indolora de consistencia dura, con o sin cambios en el aspecto de la mama. Presentar un caso de ERD en mama. Mujer de 21 años de edad con antecedente de fibroma en mama derecha, fue resecado en dos ocasiones, actualmente con tumor de 8x6cm, en la misma mama, móvil, no dolorosa; se realizó resección. Histológicamente correspondió a una lesión compuesta por histiocitos con emperipolesis, entremezclados con células plasmáticas y escasos leucocitos polimorfonucleares. Se confirmó por inmunohistoquímica la positividad de la proteína S100 y CD68. La ERD se manifiesta en personas jóvenes, algunos informes indican que es más frecuente en el sexo masculino en relación 3:2. Tenny y cols informan de 22 casos, en México Alvarado y cols, reportan un caso en una mujer de 67 años. La relevancia de esta enfermedad es en los hallazgos mastográficos ya que simulan malignidad caracterizándose como lesiones de bordes poco definidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tenny SO, McGness M, Zhang D, Damjanov I, Fang F, Rosai-Dorfman Disease Presenting as a Breast Mass and Enlarged Axillary Lymph Node Mimicking Malignancy: A Case Report and Review of the Literature, The Breast Journal, 2011, 5:516–520

2. Baladandapani P, Hu Y, Kapoor.k., Merriam L, Fisher P.R. Rosai-Dorfman disease presenting as multiple breast masses in an otherwise asymptomatic male patient, Case Report, Clinical Radiology . 2011, XXX: 1 a 3.
3. Picón CG, Palmerín-B ME, Méndez PV, Alvarado CI. Enfermedad de Rosai-Dorfman en glándula mamaria. Informe de un caso y revisión de la literatura. Gac Méd Méx Vol. 146 No. 3, 2010, 212-215.

M-29

Enfermedad de ROSAI-DORFMAN en glándula suprarrenal. Reporte de un caso

Lara Torres Héctor, Sánchez Claudio Mariela.

Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” CMN La Raza, México, D.F.

La enfermedad de Rosai-Dorfman es una entidad con proliferación de histiocitos, caracterizada por la presencia de linfadenopatía masiva, que involucra principalmente los ganglios linfáticos cervicales. La enfermedad también puede presentarse de forma extranodal la cual ocurre en un 40% de los pacientes. Se presenta más comúnmente durante la primera o segunda décadas de la vida. La característica histológica es la emperipolesis o linfocitofagocitosis. Mujer de 54 años, con crisis hipertensivas de 10 años de evolución sin respuesta al tratamiento, además de taquicardia y palpitaciones, pérdida ponderal de 10 kg sin referir tiempo. Se detecta tumor de suprarrenal derecha, diagnosticado como probable paraganglioma. Se le realiza adrenalectomía, el espécimen mide 11x8.5x4.8 cm, de superficie lisa café claro, con áreas de color café rojizo de aspecto hemorrágico. Al corte, se identifica cápsula fibrosa, la

superficie es heterogénea, de aspecto nodular, café claro que alterna con áreas café oscuro, de consistencia blanda. Microscópicamente la lesión está constituida por abundantes histiocitos, linfocitos y células plasmáticas, además de presentar emperipolesis y hemofagocitosis. En el estudio de inmunohistoquímica, Prot S-100, CD-68 y alfa 1 antitripsina son positivos, Sinaptofisina y cromogranina negativos. Es importante tomar en cuenta que la enfermedad tiene una variante extranodal, los sitios más frecuentemente afectados son piel, cavidad nasal, senos paranasales, tejidos blandos y órbita. No hay casos reportados de esta enfermedad en glándula suprarrenal. Debe ser diferenciada de sarcoidosis, infecciones fúngicas, tuberculosis y otras histiocitosis.

M-30

Leucemia de células dendríticas plasmocitoides blásticas y carcinoma renal cromóforo sincrónicos. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Paris Ramos Martínez, Carmen Lome Maldonado, Francisco Javier Llamas
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

La neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas, es una entidad agresiva, derivada de los precursores de las células dendríticas plasmocitoides. Se presentan con afección cutánea con posterior diseminación a la médula ósea y a ganglio linfático. Se desconoce etiología, pero se ha asociado a mielodisplasia. En este caso se asocia a tumor de células renales cromóforo sincrónico. **Presentación de caso:** Mujer de 53 años

inicia con 2 nódulos subcutáneos de 5-10 mm en piel cabelluda, móviles, de consistencia dura y no dolorosos a la palpación. En un mes las lesiones se diseminaron a cara, tórax y abdomen. En los exámenes de extensión, la TAC evidenció múltiples nódulos subcutáneos y tumor de 2.5 cm en riñón izquierdo. Las biopsias de piel de abdomen, piel cabelluda y medula ósea, presentan infiltración difusa por proceso linfoproliferativo, caracterizado por células de tamaño pequeño con diferenciación plasmacitoide, con el siguiente inmunofenotipo: CD56+, CD4+, HLA-DR+, CD68+, LIZOSIMA+, FOXP1+, CD7+, CD45+, CD43+, MPOX-, CKIT-, TDT-, CD1A-, CD15-, CD2-, S-100-, CD163+, . La nefrectomía parcia izquierda, mostró tumor de células renales cromóforo de 2.5 cm. Esta entidad fue descrita en 1990, como linfoma CD4/CD56 positivo, En 2008, clasificada por la OMS, como neoplasia de células dendríticas plasmocitoides (Leucemia aguda DC2), caracterizada por infiltrados densos monomórficos de blastos CD 4, 56, 123, HLA DR y TCL 1 positivos (90%) entre 1994 y 2009 solo se reportaron 150 casos. En las series de casos, se reportan lesiones dérmicas en 100% de los casos e infiltración a medula ósea en 50%.

M-31

Transformación nodular angiomatoide esclerosante del bazo (“SANT”)

Presentación de un caso asociado a Enfermedad esclerosante por IgG4

Esther González Conde, Antonio Ojeda Gaona, Karina Ordóñez Pantoja, Ana María Cano Valdez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

La Transformación nodular angiomatoide esclerosante del bazo (SANT) es una lesión pseudotumoral rara. Consiste en nódulos vasculares y proliferación internodular de células fusiformes e inflamatorias, con depósito de colágena en cantidad variable. Se describió por primera vez por Martell y cols en 2004. Reportes posteriores encontraron casos asociados con infecciones virales (Epstein-Barr y Herpes tipo 8). Recientemente se ha encontrado relación con la enfermedad esclerosante por IgG4. **Objetivo:** Describir las características clínico – patológicas de un caso de SANT y discutir los puntos relevantes en el diagnóstico diferencial. **Resumen del caso:** Mujer de 25 años de edad con lipotimias recurrentes. Los estudios de laboratorio demostraron anemia y elevación leve de las transaminasas. Se realizó un ultrasonido abdominal con hallazgo de tumor en bazo. Se sometió a esplenectomía con el diagnóstico de probable hemangioma. **Hallazgos patológicos:** En la pieza quirúrgica se encontró una lesión nodular de 7cm de diámetro con centro fibroso de aspecto estelar y retracción de la cápsula. También se identificaron áreas cribiformes y hemorrágicas separadas por septos fibrosos. En los cortes histológicos se observaron numerosos vasos dispuestos en nódulos. Los nódulos se encontraron separados por un estroma con proliferación de miofibroblastos, fibras de colágena, agregados linfoides y células plasmáticas en un patrón similar al pseudotumor Inflamatorio (PTI). Por inmunohistoquímica se demostró la presencia de tres tipos de vasos: capilares (CD34+. CD8-,

CD31+), sinusoides (CD34-, CD8+, CD31+) y vénulas (CD34-, CD8-, CD31+). También se observe expresión de IgG4 en un 30% de células plasmáticas. **Discusión:** El diagnóstico diferencial de la SANT incluye neoplasias vasculares (Hemangioma, "Angioma" de células litorales, Angiosarcoma), Tumor miofibroblástico inflamatorio / PTI y Sarcoma de células dendríticas foliculares de tipo PTI. En nuestro caso se demostró la presencia de células plasmáticas productoras de IgG4, lo cual apoya la consideración de esta lesión como un componente más de la Enfermedad esclerosante por IgG4.

M-32

Linfoma T anaplásico ALK-1 negativo en un paciente VIH positivo, presentación de un caso

Jerónimo Guerrero Debbie S, Quiñonez Urrego Enoé, Salazar Ramos Patricia, Ramírez Mendoza Pablo
 UMAE.Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional La Raza

Los linfomas en pacientes con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se caracterizan por ser agresivos y en algunos casos son la primera manifestación de la enfermedad. Por orden de frecuencia encontramos el Linfoma de Burkitt (LB), Linfoma difuso de células grandes B (LDCGB), Linfoma plasmablasto y Linfoma de Hodgkin. Los linfomas de células T anaplásico en adultos, representan el 3% en la clasificación de la OMS. Afectan con mayor frecuencia a hombres en la tercera década de la vida y se presentan en el 70% en estadio avanzado, con

síntomas B al momento del diagnóstico. Se presenta el caso de masculino de 28 años de edad, que inicia con síntomas B, hepatoesplenomegalia y adenomegalias inguinales. Se le realiza serología para VIH resultando positiva, también se realiza biopsia de ganglio linfático, el cual se encuentra infiltrado por células grandes multinucleadas con patrón sinusoidal, pleomorfismo y atipia nuclear. Debido a la morfología y contexto clínico se realizó panel de inmunohistoquímica resultando CD45+, CD20-, CD3+ débil, BCL-6, CD30+ intenso y Ki67 del 85%. Con este resultado se establece el diagnóstico de Linfoma T con intensa expresión de CD30, lo cual orienta a una variante anaplásica EMA + focal, CD15-, CD4+ y ALK-1. El linfoma T anaplásico es agresivo y extremadamente raro en pacientes inmunodeprimidos. Es necesaria la inmunomarcación para determinar el inmunofenotipo, así como para establecer diagnósticos diferenciales. En este caso el ALK-1 negativo, lo que lo hace aún más raro en frecuencia y establece un peor pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marsha C. Kinney; MD Anaplastic Large cell lymphoma: twenty-five years of discovery. Arch Pathol Lab Med. 2011; 19-43.
2. Swerdlow H S, Campo E, Lee H N, et al. World Health Organisation Classification of Tumors of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Lyon, France: IARC press, 2008: 317-319.

M-33

Linfoma primario en Próstata

Armando Méndez P, Salvador Contreras H. Gerardo Carreira P

Facultad de Medicina en la Universidad Veracruzana

El linfoma de próstata es infrecuente y su incidencia equivale a 0.09% de los tumores prostáticos y representa 0.1% de los linfomas no Hodgkin. La infiltración secundaria por esta neoplasia se observa mas comúnmente. Se trata de un paciente del sexo masculino de 56 años de edad que inició su sintomatología 6 meses antes de su consulta en Urología, caracterizada por disuria, polaquiuria, nicturia, evolucionó hacia obstrucción urinaria que requirió instalación de sonda de Foley. El tacto rectal reveló una próstata anormalmente grande y consistencia media La cuantificación en sangre de Antígeno prostático específico correspondió a 0.7ng/ml. Se recibió tejido prostático obtenido por medio transuretral pesó 65 grs. El estudio microscópico identificó a un linfoma de células grandes con patrón difuso. El análisis inmunohistoquímico mostró expresión a CD45 en las células neoplásicas, y expresión de CD 20 en todas las células neoplásicas con coexpresión a bcl2, bcl6, CD10 y Ki 67 mostró un índice de replicación de 70%. El linfoma primario de próstata se fundamentó en la presencia de la neoplasia sin evidencia de afectación en ganglios linfáticos, hígado, bazo después de un mes que se diagnosticó. La sintomatología correspondió a obstrucción urinaria

M-34

Linfoma No Hodgkin Primario de Laringe. Reporte de un caso

Julio César Sánchez Venegas, César Iván Peña Ruelas, María del Carmen Juárez García, Alejandra J. Torres

Rosas, Francisco A. Soto Patiño, Brenda E. Vázquez López, Edmundo E. Castelán Maldonado, Julia O. De Leija Portilla, Amalia Castro Rodríguez, Dr. Eduardo A. González Murillo

Hospital de Especialidades No.25, Centro Médico Nacional del Noreste

Los linfomas extranodales de la zona marginal fueron descritos por primera vez por Isaacson y Wright en 1983¹. La incidencia de linfomas No Hodgkin originados en los sitios extranodales varía de 10 a 35%². Se han reportado aproximadamente 100 casos de linfoma laríngeo primario en la literatura³. **Caso Clínico:** Mujer de 41 años con antecedente de Artritis Reumatoide diagnosticada en el 2002 actualmente sin tratamiento. Inició su PA un año previo con disfonía, disnea de grandes a pequeños esfuerzos y estridor laríngeo. La nasofibrolaringoscopia mostró un tumor rojizo que obstruía la luz subglótica en 50 a 60%. La RM mostró una masa sólida, heterogénea, de bordes bien definidos, con base posterior y localizada a nivel subglótico. Se realizó resección del tumor vía laringofisura y colocación de traqueostomía. En Anatomía Patológica se recibieron varios fragmentos de tejido que midieron 2x2x1.5cm, irregulares y blanco-grisáceos. Histológicamente, se observó un infiltrado difuso de linfocitos con atipia que ocasionaban lesión linfoepitelial; se observó reactividad de las células neoplásicas para CD20 y focalmente para CD43, mientras la citoqueratina fue positiva en las estructuras glandulares. **Discusión:** El linfoma primario de laringe es una causa poco frecuente, pero potencialmente curable, de obstrucción de la vía aérea².

La edad de presentación varía de 14 a 81 años²; los principales síntomas son disfagia, disfonía y disnea³. Los linfomas primarios de laringe son predominantemente LNH, el linfoma B difuso y el tipo MALT son los más comunes³. La radioterapia y/o quimioterapia se consideran tratamientos efectivos, y se han logrado tasas altas de supervivencia a largo plazo³.

REFERENCIAS

1. Kang JY et al. Extranodal marginal zone lymphoma occurring along the trachea and central airway. *Yonsei Med J* 2008;49:860-3.
2. Ghosh KC et al. Primary non-Hodgkin's lymphoma of larynx. *J Postgrad Med* 1986;32:103.
3. Markou K et al. Primary laryngeal lymphoma: report of 3 cases and review of the literature. *Head & Neck* 2010;32:541-9.

M-35

Neoplasia quística mucinosa con displasia de alto grado en la vía biliar extrahepática. Presentación de un caso y revisión de la literatura
Rita Dorantes Heredia, Fredy Chablé Montero, Karen Arispe Angulo, Jorge Albores Saavedra, Braulio Martínez Benitez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Las neoplasias quísticas mucinosas (NQM) del hígado y la vía biliar son poco frecuentes. Se observan casi exclusivamente en mujeres. De acuerdo a la clasificación de la OMS, es importante distinguir entre las neoplasias quísticas mucinosas y las neoplasias papilares intraductales de la vía biliar. Para el diagnóstico de neoplasia quística mucinosa es necesario identificar estroma tipo

ovárico, epitelio biliar mucoproducción con displasia de bajo o alto grado, la extensión a estructuras adyacentes y la asociación con carcinoma invasor.

Objetivo: Presentar un caso de neoplasia quística mucinosa de la vía biliar extrahepática con carcinoma in situ, y hacer énfasis en la clasificación de la OMS. **Presentación de caso:** Mujer de 47 años con cuadros repetidos de dolor en hipocondrio derecho, dolor epigástrico y náusea desde 1993. Se identificó quiste hepático por USG. En 1995 se realizó colecistectomía y se agregó cuadro de sepsis abdominal, por lo que fue tratada con múltiples lavados mecánicos y antibioticoterapia. Ingresó al instituto para manejo de sepsis abdominal en marzo 2010. **Estudios de Patología:** En noviembre de 2010 se realizó hepatectomía parcial derecha, la cual mostró un tumor quístico multiloculado productor de moco dependiente de la vía biliar extrahepática, el cual midió 11.5 cm. Los cortes histológicos evidenciaron un tumor multiquístico revestido por epitelio mucinoso con estroma tipo ovárico. Se realizaron tinciones de inmunohistoquímica donde el epitelio mostró fenotipo intestinal (CK20+ y CDX2+). Se presenta un caso de neoplasia quística mucinosa de la vía biliar extrahepática. Estos tumores son poco frecuentes y distintos a las neoplasias papilares intraductales de la vía biliar extrahepática.

M-36

Sarcoma Hepático Indiferenciado (Embrionario), Reporte de un caso y revisión de la literatura

Julio Cesar Sánchez Venegas; Julia de Leija Oliva Portilla**; Eduardo Alfredo González Murillo**; Ed-*

*mundo Erbey Castelán Maldonado**;*
*María del Carmen Juárez García**;*
*Cesar Iván Peña Ruelas**;* *Ramses*
*Espinoza Armendáris***;* *José Iván*
*Torres Muñoz***;* *Alejandra Jazmín*
*Torres Rosas**.*

*RII de Anatomía Patológica, **
 Médico Adscrito al Departamento de
 Anatomía Patológica, *** RII de Ima-
 genología Diagnóstica y Terapéutica.
 UMAE 25, IMSS. Monterrey, N. L.

El Sarcoma indiferenciado embrionario de hígado (SIEH) es un tumor primario raro que representa del 9-13% en niños y el 1% en adultos.¹⁻² Presentación de un caso en niño con diagnóstico de SIEH en la UMAE 25. Masculino de 10 años con diagnóstico de absceso hepático y manejado como tal, sin mejoría. Ingresó a la UMAE para estudio por contar con una TAC en la cual se observa aumento de tamaño del lóbulo derecho del hígado constituido por una lesión sólida que ocupa el 80% del mismo, de densidad heterogénea de predominio hipodenso y límites mal definidos. Por lo que se decide resección de lóbulo hepático derecho. El departamento de patología recibió producto de hepatectomía de 24 x 15 cm, con múltiples lesiones de 2 a 9 cm, definidas, café-amarillentas, con extensas zonas de hemorragia y necrosis. Sarcoma embrionario Indiferenciado Embrionario. El SIEH es un tumor maligno infrecuente, que debe considerarse como diagnóstico diferencial ante un paciente escolar con una masa gigante y marcadores tumorales negativos, con un cuadro clínico de dolor, fiebre, pérdida de peso y diarrea; pues el retraso en el diagnóstico lo hace evolucionar a una masa grande e irresecable con peor pronóstico.² Macroscópicamente,

es una neoplasia grande, delimitada con áreas de necrosis y hemorragia de predominio en lóbulo derecho. Microscópicamente, se compone por células atípicas, fusocelulares y gigantes, con apariencia sarcomatosa. Son PAS/azul alciano positivos en el fondo mixoide e inmunohistoquímicamente presentan reactividad para lesiones mesenquimales.^{1,3} El tratamiento es mixto con cirugía y quimioterapia.³

REFERENCIAS

1. Pérez, RM, Herrera, H, De León, B, y col. Sarcoma Indiferenciado embrionario de hígado. *Revista Latinoamericana de Patología*. 2011; 49 (1):25-32.
2. Camacho, R, Calderon, CA, Braun, G, y col. Sarcoma embrionario indiferenciado hepático. *Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica*. 2005;12 (2): 81-85.
3. http://www.conganat.org/7congreso/vistalmpresion.asp?id_trabajo=284

M-37

Colangiocarcinoma intrahepático multiquístico con cambio oncocítico, posiblemente originado en quistes biliares congénitos: Informe de un caso de autopsia

Mariflor Alejandro, Jesús Aguirre García, Gerardo Aristi Urista
 Servicio y Departamento de Patología. Hospital General de México y Facultad de Medicina, UNAM

Los colangiocarcinomas se asocian muy ocasionalmente a quistes biliares hepáticos. Informamos las características anatomopatológicas de un caso raro de colangiocarcinoma con patrón multiquístico y cambio oncocítico, en un hombre de 81 años de edad. Macroscópicamente el tumor era una masa única de 8 cm, bien delimitada, no encapsulada,

localizada en el lóbulo hepático derecho, sólido-quístico, con aspecto fibroso y calcificaciones focales múltiples. Microscópicamente estaba formado por dos componentes: 1) múltiples estructuras túbulo-quísticas irregulares, de diverso tamaño, revestidas por epitelio con aspecto variable, desde aplanado, o cuboideo, o cilíndrico mucoproducente simple sin atipia, hasta extensas zonas con cambio oncocítico, con hiperplasia y proyecciones micropapilares intraluminales, displasia grave, e invasión del estroma y perineural; y 2) abundante estroma fibroso denso e hipocelular (en ningún sitio se observó estroma tipo ovárico). El tumor comprimía, pero no invadía, las vías biliares extrahepáticas y el resto del hígado tenía colestasis intensa, sin complejos de von Meyenburg, otros quistes biliares, o cambios asociados a enfermedades fibropoliquísticas. No se encontraron metástasis ganglionares, o a distancia, o invasión a órganos regionales. Concluimos que se trató de un colangiocarcinoma con un patrón microscópico excepcional (túbulo-quístico con extenso cambio oncocítico), con remanentes de quistes biliares congénitos. El cistadenocarcinoma biliar, la neoplasia papilar intraductal biliar y el adenofibroma biliar con transformación maligna son los diagnósticos diferenciales más importantes; no obstante, debido a que son tumores extraordinariamente raros con criterios diagnósticos clínicos e histopatológicos que se superponen, la clasificación precisa de algunas neoplasias de vías biliares intrahepáticas, como la que informamos, es difícil.

REFERENCIAS

1. Tyson G, El-Serag H. 'Risk factors for cholangiocarcinoma'. *Hepatology* 2011;54:173-84.
2. Fuji T et al. 'Intrahepatic cholangiocarcinoma with multicystic, mucinous appearance and oncocytic change'. *Pathol Int* 2005;55: 206-9.
3. Azizah N, Paradinas FJ. 'Cholangiocarcinoma coexisting with developmental liver cysts: a distinct entity different from liver cystadenocarcinoma'. *Histopathology* 1980;4:391-400.
4. Bardin R, et al. 'Oncocytic biliary cystadenocarcinoma'. *Arch Pathol Lab Med* 2004;128:e-25-e-28.
5. Sudo Y et al. 'Oncocytic biliary cystadenocarcinoma is a form of intraductal oncocytic papillary neoplasm of the liver'. *Mod Pathol* 2001;14:1304-9.
6. Varnholt H et al. 'Biliary adenofibroma: a rare neoplasm of bile duct origin with an indolent behavior'. *Am J Surg Pathol* 2003;27:693-8.
7. Gurrera A et al. 'Biliary adenofibroma of the liver'. *Pathol Res Int Vol* 2010, Article ID 504584.

M-38

Reporte de un caso. "Hiperplasia Nodular Focal Hepática"

Oscar Castro, Ma. Elena García, Gabriela Gil, Nuria Gispert, Eduardo Farfán.

Hospital General Dr. Dario Fernández ISSSTE

La hiperplasia nodular focal (HNF) hepática es un tumor benigno caracterizado por agregados múltiples de hepatocitos benignos unidos en una malla fibrosa que se irradia hacia afuera desde una cicatriz prominente que contiene aberrantes vasos de diferentes tamaños. Es asintomático y se presenta en un 35% como masas abdominales. Paciente masculino de 45 años de edad, con diagnóstico clínico y ultrasonográfico de tumor hepático. Se somete a LAPE y se

realiza extirpación completa de la lesión; se envía a patología para interpretación y diagnóstico; se realizan tinciones de HE, MASSON, PAS, RETÍCULO, HIERRO COLLOIDAL y se solicitan estudios de inmuno-histoquímica (citoqueratina 7 y 19). **Descripción macroscópica:** Un fragmento de tejido de forma semiovoide de 10 cm de diámetro mayor, es de consistencia blanda, coloración café rojizo, superficie lisa y opaca, bien delimitada no encapsulada; al corte superficie homogénea café rojizo de aspecto esponjoso. **Descripción microscópica:** No se observa capsula, parénquima hepático nodular, no hay zonas de hemorragia ni necrosis, ausencia de estasis biliar, hepatocitos con esteatosis leve, se identifican espacios porta y presencia de conductos biliares los cuales fueron confirmados con inmuno-histoquímica. La hiperplasia nodular focal es el segundo tumor (pseudotumor) benigno hepático después del hemangioma, es más frecuente en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida. El diagnóstico diferencial se debe realizar con el adenoma hepatocelular el cual presenta una incidencia baja. Clínicamente son similares, sin embargo las características histopatológicas suelen ser distintas y determinantes para el pronóstico.

M-39

Adenocarcinoma ductal en páncreas heterotópico en estómago. presentación de un caso

Rocio Lorena Arreola Rosales, Sandy Lucero Granados López

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

El páncreas heterotópico se desarrolla fuera de los límites de la glándula principal, sin conexión anatómica o vascular entre ellos. Representa el 0.5% en cirugías y 0.5-13.7% de autopsias. Es más común en estómago (25-40%) principalmente en antro y región prepilórica sobre la curvatura mayor o pared posterior. Otros sitios son el conducto biliar común, vesícula biliar, mesocolon, divertículo de Meckel, ombligo y mesenterio. Es asintomático; la importancia clínica depende de sus complicaciones, como obstrucción pilórica, úlcera y sangrado muy raramente transformación maligna. **Objetivo:** Informar un caso de adenocarcinoma de páncreas originado en tejido heterotópico. **Presentación del caso:** Mujer de 80 años que acude por intolerancia a la vía oral. Se realizó hemigastrectomía. Se identificó una lesión en piloro sobrelevada de 2.7cm sólida, indurada, en contacto con la serosa. Los cortes histológicos mostraron neoplasia formada por conductos de forma y tamaño variable, revestidos por células con núcleo vesicular y nucleolopromiente, con irregularidades en su membrana, citoplasma eosinófilo moderado, que se asientan sobre un estroma desmoplásico. Las tinciones de CK 7 débil, CK19, _-1- antitripsina y _-1 antiqumiotripsina fueron positivas en las células neoplásicas y en los conductos de tejido pancreático no neoplásico, CK 20 negativa. Se reportó como adenocarcinoma moderadamente diferenciado originado en tejido pancreático ectópico según los criterios de Guillou. El resto del tejido pancreático corresponde a tejido heterotópico tipo II de Heinrich. El curso clínico y el tratamiento no han sido bien documentados debido al

poco número de casos, sin embargo, son similares al del adenocarcinoma gástrico primario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hickman D, Frey C, Carson J: Adenocarcinoma arising in gastric heterotopic pancreas. *West J Med* 1981, 135(1):57-62
2. Osanai M, Miyokawa N, Tamaki T, Yonekawa M, Kawamura A, Sawada N: Adenocarcinoma arising in gastric heterotopic pancreas: clinicopathological and immunohistochemical study with genetic analysis of a case. *Pathol Int* 2001, 51:549-54.3. Song D E, Kwon Y, Kim KR, Oh S T, Kim JS: Adenocarcinoma arising in gastric heterotopic pancreas: a case report. *J Korean Med Sci* 2004, 19:145-148.
4. Papaziogas B, Carcinoma developing in ectopic pancreatic tissue in the stomach: a case report. *Cases Journal* 2008, 229(1): 1-6.

M-40

Hepato-Colangiocarcinoma Combinado. Reporte de un caso

Julio César Sánchez Venegas, Iván Peña Ruelas, María del Carmen Juárez García, Alejandra J. Torres Rosas, Francisco A. Soto Patiño, Brenda Vázquez López, Edmundo E. Castelán Maldonado, Julia O. De Leija Portilla, Eduardo A. González Murillo

Hospital de Especialidades No.25, Centro Médico Nacional del Noreste, IMSS

El hepato-colangiocarcinoma combinado (HCCc) fue descrito por Allen y Lisa en 1949¹; representa del 1 al 3.5% de las neoplasias malignas hepáticas².

Caso clínico: Hombre de 47 años con diagnóstico de cirrosis hepática secundaria a virus de hepatitis C de 2 años de evolución. En mayo de 2011 los estudios

de imagen mostraron una lesión hepática de 5 x 3.7 cm. En septiembre de 2011 se realizó crioablación tumoral y en octubre se sometió a trasplante hepático. En Anatomía Patológica se recibió hígado de 1,700 g, color café y multinodular; al corte el parénquima presentó múltiples nódulos de 0.2 a 1 cm, café-claros, y se identificó un tumor de 3 x 2.5 x 2.5 cm, bien limitado, con extensa necrosis y hemorragia, adyacente a éste, se identificó una segunda lesión de 2 x 1 cm, café-blancuecina, multinodular y de consistencia blanda. Histológicamente se identificó un componente de carcinoma hepatocelular con patrón trabecular con células poligonales con atipia marcada, citoplasma eosinófilo y producción de bilis; así como un componente de colangiocarcinoma conformado por estructuras tubulares con células cuboidales con escaso citoplasma, inmersas en un estroma desmoplásico, las cuales fueron inmunorreactivas para CK7.

Discusión: El HCCc es una neoplasia maligna que con un origen no esclarecido completamente². La mayor incidencia ocurre entre la 4ª y 5ª década de la vida; las características clínicas son similares al carcinoma hepatocelular¹⁻³. El pronóstico ésta relación con el estadio tumoral, la presencia de cirrosis, infección por hepatitis B o C³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jarnagin WR. Combined hepatocellular and cholangiocarcinoma. *Cancer* 2002;94:2040-6.
2. Zuo HQ, et al. Clinicopathological characteristics of 15 patients with combined hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2007;6:161-5.
3. Park HS, et al. Clinicopathologic study on combined hepatocellular carcinoma and cholangiocarcinoma: with emphasis

on the intermediate cell morphology. *J Korean Med Sci* 2011;26:1023-30.

M-41

Osteoblastoma de 10º arco costal. presentación de un caso y revisión de la literatura

Técualt G. Romeo, González V. Rubén, Amaya Z. Rubén A, Atencio Ch. Adriana, Cario M. G.

Hospital de Ortopedia "Dr. Victorio de la Fuente Narváez"

Introducción: El osteoblastoma es un tumor benigno primario de hueso poco frecuente, presenta una incidencia menor del 1% de todos los tumores óseos y del 3,5% aproximadamente de los tumores óseos benignos. Tiene mayor predilección por el esqueleto axial, particularmente la región posterior de la columna. La localización costal es excepcional y afecta más frecuentemente la diáfisis posterior o posterolateral el 50% de los casos se asocian a escoliosis. Histológicamente se caracteriza por trabéculas óseas y osteoide que se anastomosan en un estroma fibrovascular sin atipia, las trabéculas están rodeadas de una capa de osteoblastos. **Presentación del caso:** Femenino 18 años de edad, sin antecedentes de importancia para su padecimiento, lo inicia desde octubre del 2011 al notar aumento de volumen del reborde costal derecho, escasamente dolorosa. En estudios radiográficos con aparente lesión tumoral, por lo que busca atención médica, se realiza protocolo de estudio y se programa para resección en bloque del 10º arco costal derecho con diagnóstico de osteoblastoma. **Conclusiones:** El osteoblastoma es un tumor óseo benigno, la mayoría

de ellos se diagnostican antes de los 30 años, la localización en arcos costales es poco frecuente, puede ser asintomático o manifestarse como una masa palpable, con dolor, escoliosis o disnea. La correlación clínico radiológica patológica es necesaria para un correcto diagnóstico.

M-42

Coccidioidomicosis diseminada en paciente inmunocompetente, presentación de un caso

G. Martínez- Salazar, O. Rivera-Cortez, O. Esquivel-Hernández, N.E. Guzmán-Delgado, R.M Mejía-Bañuelos, K. Reyes- Delgado, P. Carranza-Rosales, C. Sánchez- Hernández, A. Vázquez -Contreras, M. Montemayor-Chapa
 UMAE 34, IMSS.Monterrey, N.L.

Reportes de la literatura mundial mencionan que la Coccidioidomicosis diseminada ocurre casi exclusivamente en pacientes inmunocomprometidos (1). Se presenta un caso de paciente inmunocompetente con diagnóstico de Coccidioidomicosis diseminada. Masculino de 52 años, originario de Coahuila. Inició en noviembre del 2011, con dolor torácico, aparición de nódulo abscedado en pabellón auricular izquierdo, requiriendo drenaje y manejado con antibióticos. Posteriormente presenta múltiples lesiones verrugosas en cara, tos emetizante y disnea progresiva. En la exploración física polipneico, sibilancias espiratorias apicales derechas, adenomegalia supraclavicular izquierda. Laboratorio: Leucocitosis, plaquetas 408,000. VDRL negativo, VIH negativo. Rx. de tórax: Infiltrado reticulonodular difuso bilateral. El paciente presen-

ta una evolución tórpida y fallece. Biopsia de piel de región facial: Coccidioidomicosis cutánea. Citología de expectoración: KOH positivo para abundantes esférulas de Coccidioides. Serología positiva para IgM e IgG para Coccidioides immitis. La mayoría de los pacientes con enfermedad primaria experimentan la remisión de la enfermedad siguiendo las guías médicas de tratamiento de la coccidioidomicosis. La diseminación extrapulmonar aparece únicamente en el 4 a 5% de los casos, generalmente en un contexto de inmunosupresión, donde la mayoría de los pacientes progresa a falla respiratoria y fallece. (2,3). En nuestro caso no se encontró un estado de inmunodeficiencia que haya condicionado la infección y su progresión agresiva.

REFERENCIAS

1. Herrera LE, Gómez V, Morales JE, Neumología y cirugía de tórax. 2006; Vol 65 (4): 206-213.
2. Arsur EL, Kilgore WB. Miliary Coccidioidomycosis in the Immunocompetent. Chest 2000; 117: 404-409.
3. Simental Lara F, Bonifaz A, Dermatología Rev. Mex. Vol. 55, Núm. 3, mayo-junio, 2011.

M-43

Glomerulosclerosis focal y segmentaria variedad de la punta. Reporte de caso

Santoyo-Sánchez Adrián, Díez-Grajales Ramón**, Alejandro Flor*, Soto-Abraham María Virgilia**
 Departamento de Patología* del Hospital General de México y Departamento de Nefrología** del Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez

La glomerulosclerosis focal y segmentaria (GEFyS) es la primera causa de insuficiencia renal crónica dentro de las glomerulopatías primarias y la tercera causa de síndrome nefrótico. Las variantes histológicas de GEFyS idiopática pueden tener un valor pronóstico por lo que es importante tener una adecuada caracterización histopatológica. Hombre de 39 años de edad sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento un mes previo con edema de miembros pélvicos, progresivo, cefalalgia holocraneal pulsátil, así como orina espumosa. Se documentó síndrome nefrótico con proteinuria de 6.1g/día. Los niveles de complemento, el perfil inmunológico resultaron normales. La creatinina inicial fue de 2.2 mg/dL. Ante el síndrome nefrótico florido con deterioro en la función renal se realizó una biopsia renal percutánea, la cual fue informada como enfermedad de células epiteliales viscerales variedad de la punta, con trombos de fibrina en vasos de pequeño calibre atribuidos a la tendencia protrómbótica del síndrome nefrótico. Además se observó necrosis tubular aguda con importantes cambios regenerativos epiteliales asociados. Se administraron tres pulsos de 1g de metiprednisolona, posteriormente prednisona a dosis de 1mg/kg/día. Se observó disminución del edema, disminución de los azoados e incremento de albúmina a 2.5g/L. La GEFyS es un término aplicado a un grupo de lesiones glomerulares, las cuales son patológicamente diversas y clínicamente se comportan de forma heterogénea. La biopsia como método diagnóstico es de gran importancia, pues clínicamente confunde con variedad celular y colapsante.

M-44

Glomerulopatía membranosa asociada a enfermedad tiroidea. Informe de un caso

Alejandro-López Flor, Santoyo-Sánchez Adrián, Soto-Abraham María Virgilia**

Departamento de Patología del Hospital General de México

Introducción: La glomerulopatía membranosa (GM) secundaria a patología tiroidea es poco frecuente, representando 2-3% de todas las GM secundarias. Morfológicamente se caracteriza por la presencia de depósitos inmunes subepiteliales a lo largo de la membrana basal glomerular. **Objetivo:** Informar un caso de GM asociada a enfermedad tiroidea. **Material y métodos:** Mujer de 42 años de edad con diagnóstico de epilepsia asociada a psicosis desde los 14 años, tratada con lamotrigina, sulpiride, biperideno y fluoxetina. En agosto de 2011, fue diagnosticada con hipotiroidismo primario con los siguientes valores de laboratorio: T3 libre 1.11 pg/mL, T3 total 1.06 ng/mL, TSH 56.84 mUI/mL, T4 libre 0.50 ng/dL, T4 total 13.07 ug/dL. Comenzó con tratamiento de levotiroxina a dosis de 125 µg cada 24 horas. Simultáneamente con el diagnóstico de enfermedad tiroidea presentó edema facial, aumento del volumen abdominal, y edema de miembros inferiores blando, blanco, no doloroso y de predominio vespertino. Tratada con diuréticos sin éxito. Se documentó síndrome nefrótico con microproteínas de 820 mg/24 horas, sin deterioro de la función renal. En el perfil inmunológico de la paciente se documentaron ANA + sin especificidades. Se le realizó biopsia

renal percutánea que fue informada como glomerulopatía membranosa con positividad en el estudio de inmunofluorescencia directa para IgG y C3c exclusivamente con patrón granular membranoso. El resto de los inmunoreactantes especialmente IgA y C1q resultaron negativos. Además el intersticio mostró focos de infiltrado inflamatorio rico en células plasmáticas. **Conclusiones:** La presencia de enfermedad tiroidea y glomerulopatía membranosa se ha relacionado con una patogénesis autoinmune común a ambos procesos y la incidencia podría ser más alta de lo sospechado.

M-45

Meningioma intraóseo. Reporte de un caso

Francisco Antonio Soto Patiño, César Iván Peña Ruelas, María del C. Juárez García, Alejandra J. Torres Rosas, Julio C. Sánchez Venegas, Brenda E. Vázquez López, Edmundo E. Castellán Maldonado, Julia O. De Leija Portilla, Amalia Castro Rodríguez, Eduardo A. González Murillo
Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste, IMSS, Monterrey, N.L.

Los meningiomas interóseos (MI) han sido llamados extradurales, ectópicos, calvarios, extraneuroaxiales, entre otros términos; representan del 1-2% de todos los meningiomas¹⁻³. **Caso Clínico:** Hombre de 46 años, con antecedente de resección de un osteoma de región parietal izquierda y colocación de placa en el 2007. Inició su PA en Junio de 2010 al presentar cefalea leve ocasional y sensación de cuerpo extraño. A la EF presentó proptosis ocular izquierda y agudeza

visual en cuenta dedos. La TC mostró una imagen de 5 x 4 cm, hiperdensa, de bordes irregulares y bien definidos, a nivel de la pared lateral de la órbita izquierda. La RM mostró una imagen heterogénea e hipointensa. Se realizó craniectomía pterional izquierda con extensión orbitaria y resección total de la lesión. En Anatomía Patológica se recibieron múltiples fragmentos de tejido de 3 x 2.5 x 2 cm, irregulares, café-blanquecinos y pétreos. Histológicamente, se observaron trabéculas óseas con espacios intertrabeculares aumentados de tamaño y ocupados por nidos de células fusiformes a ovales, de bordes mal definidos, citoplasma eosinófilo y núcleo redondo con cromatina homogénea; dichas células fueron reactivas a EMA y vimentina. **Discusión:** Nuestro caso corresponde a un paciente sin antecedentes traumáticos previos al primer procedimiento quirúrgico (2007) y la revisión del material de dicha cirugía corresponde también a un MI. Dichos tumores se han asociado al desplazamiento y atrapamiento de células meningoteliales como resultado de una lesión traumática o durante el moldeamiento de la cabeza durante el nacimiento^{2,3}. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica amplia¹⁻³.

REFERENCIAS

1. Seikhrezaie A, et al. Primary intraosseous osteolytic meningioma of the skull: a case report. *Cases Journal* 2009;2:7413.
2. Lell M, et al. Primary intraosseous meningioma of the mandible: CT and MR imaging features. *AJNR Am J Neuroradiol* 2007;28:129-31.
3. García-Higuera I, y cols. Meningioma primario de hueso eseno-temporal. *Rev Esp Patol* 2002;35:557-60.

M-46

Meningioma Rabdoide. Informe de un caso*Aureliano Mauricio Plácido Méndez
MAAP, Eligio Ángeles Margarita
R3AP*

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE, México, D.F.

Los meningiomas representan 15 - 20% de los tumores primarios intracraneales, solo del 1 a 5% son malignos. En 1998 el Dr. Kepes describió por primera vez una variante histológica agresiva cuyas características morfológicas diferían del meningioma maligno, denominándola meningioma rabdoide. En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud la reconoció y clasificó dentro de los tumores malignos con comportamiento agresivo (Grado III). Se presenta un caso de meningioma rabdoide en un hombre de 41 años, con síndrome vertiginoso, pérdida del equilibrio y alteraciones en la marcha de dos meses de evolución. En marzo del 2010, TAC realizada en hospital externo, reportó tumor en ángulo pontocerebeloso derecho. Es intervenido en 3 ocasiones para reducción tumoral y enviado a CMN 20 de Noviembre para radioterapia. A su ingreso (marzo 2011) RM muestra tumor residual de 5 x 4 x 3 cm; es intervenido para reducción tumoral y posterior radioterapia. El estudio histopatológico mostró una neoplasia con patrón de crecimiento sólido, constituida casi en su totalidad por células dispuestas en nidos y cordones, las cuales presentan citoplasma abundante eosinófilo con núcleo excéntrico, pleomorfo. Se identificaron escasos grupos de células fusocelulares con diferenciación meningotelial.

El estudio de IHQ reveló positividad del componente fusocelular a AME y positividad a vimentina en el grupo celular rabdoide. El meningioma rabdoide es una neoplasia infrecuente; sin embargo, la importancia de su reconocimiento y diagnóstico radica en su comportamiento agresivo con el impacto subsecuente en la mortalidad del paciente y su alta tasa de recurrencia.

M-47

Astrocitoma Pilocítico del Nervio Óptico*G.A. Espinoza Neria, L. Camacho-Rebollar, A. Remírez-Castellanos, C. Cordova-Uscanga, F. Candanedo González*

UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.IMSS

Los astrocitomas pilocíticos son tumores gliales de bajo grado, que se originan en el neuroeje. Usualmente ocurren en adultos entre 22 y 79 años de edad. Se presenta el caso de un hombre de 40 con disminución de la agudeza visual de dos años de evolución con crecimiento del globo ocular izquierdo de un año de evolución. En la exploración física, se encontró dolor a la palpación con subluxación de ojo izquierdo, distopia, endotropía, sin percepción luminosa, disminución del reflejo pupilar, midriasis y papila pálida. Así como restricción de los movimientos oculares a la abducción. Una resonancia magnética mostró tumor que no permitía apreciar al nervio óptico, de bordes bien definidos, heterogéneo con extensa necrosis e invasión al quiasma óptico y región retroquiasmática. En Diciembre de 2011, se realizó orbitotomía lateral

izquierda con descompresión orbitaria y biopsia incisional. Histológicamente, se observó masa fibrilar de tejido piloide con abundantes fibras de Rosenthal y astrocitos atípicos con hiperchromasia nuclear que infiltraban difusamente y células elongadas con cuerpos eosinofílicos. Por inmunohistoquímica las células neoplásicas resultaron positivas para proteína ácido glial fibrilar, proteína S100 y fueron negativas para antígeno de membrana epitelial. Actualmente el paciente recibe radioterapia. Comentario: La correlación de las características clínicas, radiológicas y los hallazgos de patología permiten establecer un diagnóstico correcto con acceso oportuno al tratamiento adecuado mejorando el pronóstico. Los astrocitomas pilocíticos del nervio óptico se pueden asociar con pérdida de la visión y en el caso de lesión infraorbitaria pueden manifestarse con proptosis.

REFERENCIAS

1. Borit A, Richardson EP Jr. The biological and clinical behaviour of pilocytic astrocytomas of the optic pathways. *Brain* 1982;105:161-187.
2. Cummings TJ, Provenzale JM, Hunter SB, Friedman AH, Klintworth GK, Bigner SH, McLendon RE. Gliomas of the optic nerve: histological, immunohistochemical (MIB-1 and p53), and MRI analysis. *Acta Neuropathol* 2000;99:563-70.

M-48

Compresión medular como manifestación inicial de Linfoma de Hodgkin. A propósito de un caso*Marely López Jiménez, Pedro Damián Fonz, Luis Alberto Ordoñez Solorio,*

Teresa Cristina Cuesta Mejías, Evelín Cortés Gutiérrez, Julio César Soto Barraza

Hospital Juárez de México

El involucro del SNC por Linfoma de Hodgkin es raro y cuando ocurre sucede en estadios avanzados de la enfermedad. La infiltración inicial de columna vertebral por Linfoma de Hodgkin resulta excepcional. Se presenta el caso de una mujer de 30 años de edad con debilidad generalizada, hipoestesis y parestias en miembros pélvicos, fiebre no cuantificada intermitente, de 2 meses de evolución, sin adenomegalias. La imagen de resonancia magnética demostró lesión osteolítica a nivel de T1-T3, con extensión a tejidos blandos perivertebrales. Se realizó laminectomía descompresiva y análisis histopatológico del espécimen resecado. El estudio microscópico evidenció infiltración de tejido óseo y blandos por neoplasia linfocítica, en la que se identificaron células de Reed-Sternberg inmersas en fondo rico en linfocitos. El inmunofenotipo de las células neoplásicas positivas para CD15, CD30, PAX5 y LMP1 así como la positividad para CD3 en linfocitos reactivos, resultaron consistentes con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clásico rico en linfocitos. La baja frecuencia de infiltración espinal por Linfoma de Hodgkin aunada a la heterogeneidad morfológica propia de la entidad explican las dificultades para su diagnóstico clínico, imagenológico e histopatológico en casos semejantes. Aunque extremadamente raro el Linfoma de Hodgkin no debe excluirse del diagnóstico diferencial de lesiones compresivas de médula espinal.

M-49

Glioblastoma de células pequeñas: Informe de caso

Garibay Huarte Tania R, Ayala Dávila Dafne, Gramajo Rodas Marisol, Párrizas Bravo Citlali, Sánchez Arcega Yozafat, Gómez Apo Erick, Chávez Macías Laura G.

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

Introducción: El glioblastoma de células pequeñas es una variante de este astrocitoma de grado alto en el que predomina la presencia de una población celular monomórfica que se caracterizan por ser redondas, ligeramente alargadas, pequeñas y con moldeamiento citoplásmico, con núcleos ligeramente hiper cromáticos y una relación núcleo-citoplasma elevada. Tienen inmunorreactividad escasa a GFAP y actividad de proliferación elevada (Ki-67); debe hacerse el diagnóstico diferencial esencialmente con el oligodendroglioma anaplásico. **Informe de caso:** Se trató de hombre de 52 años, con antecedente de alcoholismo crónico, que inició ocho días previos a su ingreso con cefalalgia frontoparietal izquierda pulsátil de moderada intensidad, así como alteraciones en la marcha con pérdida de la fuerza y caída del plano de sustentación, alteraciones en la memoria anterógrada, y alteraciones en el lenguaje con cambios en la prosodia del mismo. Acudió a Urgencias con Glasgow de 15, presentó crisis convulsiva tónico-clónica generalizada con deterioro neurológico. Los estudios de neuroimagen muestran una lesión hiperintensa, con realce periférico, de localización parietotemporal derecha

así como edema cerebral acentuado. Se efectuó craniectomía y resección de la lesión con diagnóstico post operatorio de oligodendroglioma. El estudio histopatológico es de glioblastoma de células pequeñas. El paciente continuó su estancia hospitalaria en terapia intensiva con medidas anti edema y con intubación orotraqueal y un mes después con mejoría clínica, egresa de terapia intensiva. Fue dado de alta voluntaria a petición de los familiares. **Conclusión:** El astrocitoma de células pequeñas es una variante histológica agresiva que se comporta como glioblastoma, aún en ausencia de hiperplasia endotelial y necrosis. A pesar de que hay similitudes con el oligodendroglioma anaplásico, las características clínico-patológicas y genéticas son distintas. El 50% de los astrocitomas de células pequeñas expresan la forma mutante vIII de EGFR y la prueba molecular para la delección 10q mejora la sensibilidad del diagnóstico que el EGFR solo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perry A et al. Small cell astrocytoma: an aggressive variant that is clinicopathologically and genetically distinct from anaplastic oligodendroglioma. *Cancer*. 2004 Nov 15;101(10):2318-26.

M-50

Ganglioglioma maligno con componente de glioblastoma multiforme intramedular de T3-T6 en niña de 7 años

Lara Torres Héctor Ricardo, Vázquez Sierra Gloria Lis

Hospital de Especialidades "Dr Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS

Los gangliogliomas son tumores generalmente benignos, compuestos de elementos neuronales y gliales transformados, representan el 1.3% de todos los tumores del sistema nervioso central. Se presentan predominantemente en niños y adultos jóvenes, el 70% surge del lóbulo temporal, siendo la localización intramedular más frecuente en niños. Los cambios malignos casi siempre afectan al componente glial. La presencia del componente de glioblastoma multiforme en una ganglioglioma es excepcionalmente rara. Presentamos el caso de una niña de 7 años, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, inició cinco meses previos con alteraciones de la marcha diagnosticadas como neuropatía axonal, se trató con terapia física. Cuatro semanas previas presentó dolor abdominal y constipación, multitratada. Siete días previos presentó disminución de la sensibilidad y la fuerza de miembros pélvicos. Realizaron tomografía axial computarizada que reportó lesión intraaxial que va de T3 a T6. Se programó para laminectomía con resección parcial de la lesión. Referidos como "biopsia de tumor medular", recibimos varios fragmentos irregulares de tejido que tienen en conjunto un volumen de 2cc, café claro, friables. A los cortes histológicos se observa una lesión neoplásica con dos componentes, el más abundante correspondió a una lesión glial con fondo fibrilar eosinófilo, que destaca núcleos con pleomorfismo moderado a acentuado, entre 2 y 5 mitosis por campo de seco fuerte, vasos sanguíneos con proliferación endotelial y áreas de necrosis; entre la neoplasia se identifican células ganglionares con citoplasma vacuolado, algunas

binucleadas. Este último componente también se observó en áreas con la lesión glial mejor diferenciada y menos celular. La transformación maligna del componente glial del ganglioglioma está descrita en la literatura, menos del 5% de estos tumores lo presentan y da un mal pronóstico para la paciente. Se postuló que los elementos gliales de diferente grado de diferenciación son clonales y que cuando se presenta una neoplasia glial maligna en un ganglioglioma, es debido a una serie de alteraciones genéticas en común con los astrocitomas de alto grado.

M-51

Meningioma secretor y de células claras del surco olfatorio izquierdo, informe de un caso

Paredes Robles Elbia, Vicuña González Rosa María

Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

Los meningiomas constituyen del 24 al 30% de los tumores intracraneales, son más comunes en mujeres de edad media y la mayoría se localizan en la convexidad, parasagitales, pero también se pueden encontrar en el surco olfatorio, ala del esfenoides, regiones para y suprasillar, tienda del cerebelo, entre otros. Se reconocen 15 variedades de éstos, que son: meningotelial, fibroblástico, transicional, psammomatoso, angiomatoso, microquístico, secretor, rico en linfocitos y células plasmáticas, metaplásico, cordoide, de células claras, atípico, papilar, rabdoide y anaplásico o maligno. Se presenta el caso de una mujer de 48 años con un padecimiento de un mes de evolución caracterizado por alucinaciones olfatorias, disminución de la agudeza

visual de predominio en ojo derecho, cefalalgia de predominio derecho, náusea y vómito. En la resonancia magnética se observó una lesión supratentorial extraaxial a nivel del surco olfatorio izquierdo, con componentes sólido y quístico, con edema importante frontoparietal ipsilateral. Se resecó la lesión y se encontró un meningioma con componentes secretor y de células claras. Con reacciones de inmunohistoquímica se encontró positividad para vimentina, antígeno de membrana epitelial y receptores de progesterona, y además en las áreas de meningioma secretor fueron positivas la citoqueratina cocktail y el antígeno carcinoembrionario. Con Ki 67 se encontró positividad en menos del 1% de las células neoplásicas. El meningioma secretor se considera grado I de la Organización Mundial de la Salud, sin embargo el de células claras, que es grado II, presenta mayor riesgo de recurrencia, por lo que, a pesar de que éste caso se resecó completamente, se debe tener seguimiento estrecho de la paciente.

M-52

Ependimoma anaplásico con áreas de diferenciación papilar, metaplasia ósea y cartilaginosa: un caso poco común

Lara Torres Héctor Ricardo, Martínez Olivares Jocabel**

*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret Centro Médico Nacional La Raza IMSS

La metaplasia cartilaginosa, asociada con o sin a formación de hueso en los gliomas es muy rara. El primer caso fue reportado por Mackay en 1935 y

desde entonces sólo unos pocos casos se han reportado. Estos tumores son más a menudo ependimomas del cuarto ventrículo. Se presenta el caso de un ependimoma con variedad histológica poco frecuente. Se informa el caso de paciente femenino de 4 años de edad con cuadro de hipertensión intracraneal, mediante tomografía computada y resonancia magnética se demostró lesión de fosa posterior en línea media, extensión izquierda, se efectuó resección de lesión, se recibieron múltiples fragmentos de tejido cerebral, en conjunto miden 4.5x2.5x1.5cm, son irregulares, nodulares, café oscuro con café claro, blandos. Morfológicamente se hizo el diagnóstico de Ependimoma anaplásico con extensa formación de rosetas ependimarias, áreas de diferenciación papilar, metaplasia ósea y cartilaginosa. Los ependimomas son el tercer grupo de tumores cerebrales en niños. Aunque se considera principalmente un tumor cerebral de grado intermedio. El Ependimoma Anaplásico (EA) tiene características histológicas más agresivas que el ependimoma clásico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo clasifica como tumor de grado III. El elemento condroide en los gliomas pueden ser benigno o maligno, en nuestro caso aunque el tumor tiene morfología maligna, el tejido metaplásico tiene características benignas. La sobrevida a 5 años ha sido reportada en menos del 20%. Por lo tanto, la radioterapia también es necesaria después de la operación.

M-53

Xantoastrocitoma pleomórfico en lóbulo frontal con doble primario de condrosarcoma en hueso ilíaco

izquierdo. Reporte de un caso

*Vázquez López Brenda Esther. **, Piña Osuna Ana Karina. *, Mejía Bañuelos Rosa Maria. *, Jara Juárez Lucía*, Soto Patiño Francisco Antonio. **, Ortiz Herrera Rubí Berenice****
 UMAE no 25 IMSS Monterrey, N.L.

El xantoastrocitoma pleomórfico es un tumor astrocítico, supratentorial de buen pronóstico en pacientes jóvenes. El potencial maligno o su transformación anaplásica está poco documentada debido a que no hay índices de sospecha y se confunde con un glioblastoma multiforme. Se han descrito asociaciones entre esta neoplasia y el síndrome de Sturge-Weber, la Neurofibromatosis tipo I, así como neoplasias secundarias, principalmente de estirpe linfóide, pero asociadas a los tratamientos oncológicos del tumor cerebral primario. Actualmente no se ha documentado una asociación entre neoplasias astrocíticas y sarcomas como doble primario. Femenina de 13 años con síndrome de hipertensión intracraneana, disminución de la agudeza visual y nistagmo, que evolucionó hasta presentar ptosis palpebral. La TAC de encefalo reveló lesión intraparenquimatosa de 4 x 3.9 x 3.2 cm, resecada, con RHP de Xantoastrocitoma pleomórfico. Un año después inició con claudicación que progresó a la pérdida del control de esfínteres. La TAC reportó tumor dependiente de tejido muscular de cadera, que invade hueso pélvico. Se realiza toma de biopsia con RHP de condrosarcoma de alto grado. La literatura menciona alteraciones del cromosoma 9, gen RB así como otros marcadores de biología molecular asociados a la presentación y malignización del xantoastrocitoma

pleomórfico. Por otro lado, el condrosarcoma se ha relacionado con agentes físicos y químicos, como la radiación, el berilio e isótopos radioactivos. Hay poca literatura disponible debido a lo poco frecuente de la presentación de esta variante astrocítica, así como no hay documentada en la literatura actual una asociación a otras neoplasias mesenquimatosas.

M-54

Tumor Neuroepitelial Disembrioplástico (TND)

Plácido A, Animas K**, Ordoñez V***.*

Médico patólogo adscrito del C.M.N. 20 de noviembre. **Médico residente de 2º año de anatomía patológica del C.M.N. 20 de noviembre. * Médico residente de 3er. año de anatomía patológica del C.M.N. 20 de noviembre*
 Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

El TND es una lesión implicada en 1 a 2% de las neoplasias del sistema nervioso central (SNC). Pertenece al grupo de tumores neuronales y glioneuronales, según la clasificación de la Organización Mundial de la salud (OMS). El TND suele diagnosticarse en niños y entre los 20 y 39 años, siendo los hombres los más afectados. La localización más frecuente es supratentorial e intracortical, en el lóbulo temporal. La manifestación más común se relaciona con crisis convulsivas de difícil control. La OMS lo clasifica como neoplasia de grado I. Macroscópicamente es una neoplasia nodular bien delimitada, compuesta por material de aspecto mucoso localizada en la corteza. Microscópicamente presenta neuronas maduras

y columnas de células parecidas a oligodendrocitos dispuestas en una matriz de mucina. Paciente masculino de 12 años con antecedente de crisis convulsivas resistentes a tratamiento. La Resonancia Magnética evidencia imagen hipodensa en lóbulo temporal izquierdo de 2x1.5cm. Se realizan dos biopsias, una con diagnóstico de astrocitoma y la otra de oligodendroglioma. Se revisa dicho material. Se encuentran los hallazgos microscópicos descritos en TND y se realiza el diagnóstico. El TND es una neoplasia rara del SNC que se subdiagnostica frecuentemente como astrocitoma u oligodendroglioma de bajo grado. Es importante hacer el diagnóstico diferencial entre estas entidades ya que el tratamiento específico del TND es quirúrgico, siendo necesaria para los gliomas de bajo grado la radioterapia complementaria.

M-55

Melanoma primario de sistema nervioso central. Informe de un caso Salguero-Cruz, Luis Andrés. Ayala-Dávila, Dafne Thamara. Chávez-Macías, Laura. Alcántara-Vázquez, Avissai.

Hospital General de México, Unidad de Anatomía Patológica, Facultad de Medicina, UNAM

Resumen clínico: Mujer de 19 años con antecedente de tabaquismo y toxicomanías desde hace cinco años (marihuana, cocaína, ácido lisérgico, entre otros), así como resección de lesión subcutánea en brazo izquierdo hace siete años, referida como lipoma. Su padecimiento actual inició dos meses previos con cefalalgia occipital de intensidad progresiva, mes y medio

después se agregó pérdida gradual de la agudeza visual. Un día previo a su ingreso se exacerbaron estos síntomas y se acompañaron de náusea, vómito, debilidad y somnolencia. En la exploración física se integraron síndrome de hipertensión intracraneana, hemiparesia faciocorporal izquierda y parálisis del VI nervio craneano derecho. En los estudios de imagen se identificó lesión extraaxial parasagital frontal derecha, bien delimitada, hiperintensa en T1 e hipointensa en T2, con realce heterogéneo tras la administración de medio de contraste, asociada con edema acentuado y colapso del sistema ventricular supratentorial. Se efectuó craniectomía frontal derecha con resección total de la lesión y diagnóstico de probable meningioma. Egresó un mes después sin afección motora ni de las funciones mentales superiores y con mejoría parcial de la agudeza visual. En la tomografía con emisión de positrones se identificó actividad tumoral en lecho quirúrgico, sin alteraciones metabólicas y/o morfológicas en el resto de los órganos. **Estudio histopatológico:** Se recibió nódulo multilobulado de 5.0 x 4.5 x 2.5 cm, con superficie externa irregular, café oscuro, y superficie de corte sólida, heterogénea, café claro con extensas zonas reblandecidas de aspecto necrótico y una región pigmentada color negro que ocupaba el 15% de la superficie. No se identificaron en forma macroscópica duramadre ni tejido nervioso. La lesión corresponde a neoplasia maligna, con patrón de crecimiento sólido, con formación de láminas y haces de células entrelazados, además de extensas zonas de necrosis coagulativa. Las células son ahusadas, epitelioides y algunas anaplásicas, tienen núcleos grandes,

irregulares e hiperocrómicos, algunos con nucléolo prominente, ligeramente eosinófilo. En el citoplasma se identifican gránulos de pigmento café oscuro, positivos con Fontana-Masson y negativos con Perl. Las células neoplásicas son positivas para PS100, HMB-45 y MART-1. **Comentario:** Las lesiones melanocíticas primarias del SNC deben distinguirse del melanoma metastásico y de las neoplasias no melanocíticas pigmentadas con base en características clínicas, anatómicas, morfológicas e inmunofenotipo. A pesar de que el melanoma primario es una neoplasia agresiva con mala respuesta a la radioterapia, tiene mejor pronóstico que las lesiones metastásicas.

M-56

Meningioma angiomatoso: Informe de caso

Garibay Huarte Tania R, Ayala Dávila Dafne T, Gramajo Rodas Marisol, Alejandro López Mari Flor, Sánchez Arcega Ricardo Yozafat, Gómez Apo Erick, Chávez Macías Laura G.

Unidad de Patología Hospital General de México y Facultad de Medicina UNAM

Introducción: El meningioma angiomatoso constituye alrededor del 2.1% de todos los meningiomas. Histológicamente, muestra un predominio de vasos sanguíneos en relación con las células neoplásicas. Los canales vasculares pueden ser de tamaño pequeño a mediano con hialinización de sus paredes. Es común que sean tumores pequeños con atipia moderada, pero la mayoría tienen características clínicas e histológicas benignas. No se han informado casos de meningioma

angiomatoso con conducta biológica agresiva, sin embargo, el edema perilesional puede ser desproporcionado para el tamaño del tumor, por lo que puede diagnosticarse erróneamente como una lesión de grado alto. **Reporte del caso:** Se trata de mujer de 40 años con antecedente de epilepsia desde los 13 años con respuesta mala al tratamiento, fue sometida a resección de tumor parietal izquierdo a los 14 años sin informe histopatológico, y posterior a este evento, ingresó al servicio de Neurocirugía de esta institución en 2009 por edema cerebral e hidrocefalia grave que requirió colocación de válvula de derivación cistoperitoneal, con deterioro rostrocaudal y estancia prolongada en terapia intensiva. En 2011 ingresó de nuevo por cefalalgia frontoparietal derecha con náusea y vómito además de debilidad en hemicuerpo izquierdo y disestesias de hemicara izquierda así como visión borrosa del ojo derecho y disminución de la agudeza visual ipsilateral. En los estudios de neuroimagen se observa lesión parietal derecha extra-axial, bien delimitada, heterogénea, con abundante edema perilesional que condiciona obstrucción del flujo del LCR y desplazamiento de las estructuras hacia la izquierda. Fue sometida a resección de la lesión y retiro de válvula, con diagnóstico clínico de “astrocitoma quístico” y se recibe pieza quirúrgica. El diagnóstico histopatológico es de meningioma angiomatoso. El estudio de inmunohistoquímica fue positivo para EMA, Receptores de Estrógenos y Vimentina. **Conclusión:** El meningioma angiomatoso es una entidad poco frecuente con una alta tasa de recurrencia, cuyo diagnóstico diferencial incluye malformaciones

vasculares y el hemangioblastoma capilar, dependiendo de la cantidad de vasos sanguíneos y que en ocasiones, las células neoplásicas no presentan características meningoteliales. Es importante tener en cuenta el edema acentuado que se observa en estas lesiones para evitar un diagnóstico erróneo de lesiones de grado alto y mejorar el tiempo de tratamiento, lo que justifica la clasificación del subtipo histológico por su implicación pronóstica.

REFERENCIAS

1. Hasselblatt M, Nolte KW, Paulus W. Angiomatous meningioma: a clinicopathologic study of 38 cases. *Am J Surg Pathol.* 2004 Mar; 28(3):390-3.
2. Amatya VJ et al. Immunohistochemical study of ki-67 (MIB-1), p53 protein, p21WAF1, and p27KIP1 expression in benign, atypical, and anaplastic meningiomas. *Hum Pathol* 2001 Sep; 32(9):970-5.
3. Louis D.N., Ohgaki H., Wiestler O.D., Cavenee W.K. (Eds.): WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System. IARC: Lyon 2007. P. 164-72.

M-57

Tumor neuroectodérmico primitivo/ Sarcoma de Ewing extraesqueletico en glúteo izquierdo con extensión a perine y raíz de pene

C.Cordova Uscanga, A.Moreno Vazquez, M.E.Palmerin Bucio. I.Alvarado Cabrero, A.Mantilla Morales, V J Mendez Perez, A.Mora Hernandez, I.Cuadra Garcia, H.Santiago Payan. UMAE, Hospital de Oncología, CMN S XXI

Introducción: Los tumores neuroectodérmicos primitivos (TNEP) son neoplasia malignas que se originan

de la cresta neural localizándose principalmente en sistema nervioso y con menor frecuencia en tejidos blandos constituyendo solo entre el 4-17 % de estas neoplasias en la edad pediátrica y adolescencia. **Presentación de caso:** Hombre de 22 años que acudió a medico por lesión nodular desde 4 meses previos en glúteo izquierdo de 2.8x2cms manejado como absceso,posteriormente con toma de biopsia y reporte histopatológico de probable Sarcoma sinovial siendo enviado a este hospital en donde por TAC se encontró Neoplasia en compartimiento medial subcutáneo de muslo izquierdo de 5.5x8.3 cm con infiltración a periné, crecimiento a raíz de pene y en íntimo contacto con rama isquiopúbica, por lo que se realizó resección con rotación de colgajo y colostomía. Para estudio transoperatorio y definitivo se recibieron múltiples fragmentos de tejido que en conjunto median 4x3x3cm., café- grisáceos, lobulados y blandos. Histológicamente se observaron fragmentos de tejido fibroconectivo con infiltración difusa e irregular por una proliferación de células pequeñas y redondas, con núcleos irregulares e hipercromáticos con escaso citoplasma y sin un patrón arquitectural específico, áreas extensas de necrosis.La neoplasia presento positividad por inmunohistoquímica para Vimentina, CD99, BCL-2 y Enolasa neuronal específica. **Discusión:** El TNEP pertenece al grupo de neoplasias de células pequeñas, redondas y azules cuyo diagnostico requiere de una adecuada evaluación histológica, inmunohistoquímica e incluso con biología molecular para la búsqueda de t(11;22)(q24;q12) ya que esto permite un adecuado manejo

terapéutico con quimioterapia y/o radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabrina R, et al. Small round-cell neoplasia of soft tissues :An integrated diagnostic approach Current Diagnostic Pathology 2007;13:150-163.
2. Llombart-Bosch A, et al. Histological heterogeneity of Ewing's sarcoma Virchows Arch 2009;455:397-411.

M-58

Tumor maligno de la vaina del nervio periférico epiteliode. En muslo izquierdo con extensión a pelvis

G.L.Vazquez Sierra, C.cordova Uscanga, Dra. A. Moreno Vazquez, M.E.Palmerin Bucio, I Cuadra Garcia, F.Candanedo Gonzalez, H.Santiago Payan, A.Mantilla Morales

CMN Siglo XXI Hospital de Oncología

Introducción: El tumor maligno de vaina de nervio periférico variante epiteliode (TMVNPE) representa solo el 5% del total de estos tumores, reservándose su empleo para neoplasias constituidas principalmente o exclusivamente por células de aspecto epiteliode. **Presentación de caso:** Mujer de 56 años con tumor inguinal desde 2009 con diagnóstico de Sarcoma de Células Redondas, con Resección Amplia que reporto Liposarcoma de Células Redondas GIII, referida a este hospital en 2010 por aumento de volumen inguinal, adenopatía ipsilateral y uropatía obstructiva. Por TAC lesión tumoral en resección previa que infiltraba fosa obturatriz adosada a iliaco, compromiso de nervios obturador y ciático, vasos ilíacos y uretero

medio-distal. Colocación de catéter JJ ureteral izquierdo con disección inguinopélvica con metástasis de Neoplasia Fusocelular Poco Diferenciada, no candidata a radioterapia con Desarticulación en 2011 por negativa de la paciente. Producto de Desarticulación y Hemipelvectomía Izquierda con lesión nodular, al corte midió 24x12x10 cm, gris-blancuecina, lobulada y blanda con zonas hemorrágicas y necróticas en un 60 %, infiltraba tejidos blandos localizándose en bordes quirúrgicos. Histológicamente constituida por células de redondas a poligonales, con citoplasma claro- eosinófilo, núcleos grandes, nucléolos evidentes y abundantes mitosis dispuestas en nidos compactos y cordones separados por septos fibroconectivos que por inmunohistoquímica fueron positivas a Vimentina y S-100. **Discusión:** Los TMVNPE son entidades de conducta biológica y pronóstico poco conocido, que en las pocas series reportadas en la literatura tienen una alta incidencia de metástasis, siendo el tratamiento quirúrgico agresivo la opción más adecuada de manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jodi M Carther, et al. Epithelioid malignant peripheral nerve sheath tumor. Am J Surg Pathol 2012;36:154-160
2. M Agarwal. Epithelioid sarcoma of the sciatic nerve perineural sheath: a mimic of nerve sheath tumor. Pathol Oncol Resch 2002;8:2:148-150

M-59

Schwannoma retroperitoneal calcificado (SCHWANNOMA ANTIGUO). Análisis de caso con énfasis en su diagnóstico diferencial
Mandujano-Alvarez GJ^{1,3,4}, Bulnes-

Mendizabal DP^{1,3}, Rojas-Herrera CA²,

Mandujano-Vera GM^{3,4}

Departamento de Patología y Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, ⁴Departamento de Patología, Hospital Médica Tabasco.

Introducción: El Schwannoma (neurilemoma), es una neoplasia benigna, más frecuentemente en superficies flexoras de las extremidades, cuello, mediastino, raíces espinales posteriores, ángulo cerebelopontino y retroperitoneo. Se reconocen diversos cambios degenerativos, que de presentarse en forma extensa, pueden dificultar su diagnóstico. **Resumen de caso:** Mujer de 34 años con dolor abdominal leve. Por tomografía axial computarizada, neoformación de región anexial uterina. Se identifica útero libre y neoformación retroperitoneal de 15 x 14 x 13 cm. En Transoperatorio reportamos neoplasia mesenquimatosa sin evidencia de malignidad. Macroscópicamente ovoide, café amarillenta, encapsulada. Al corte, heterogénea con cavitaciones, hemorragias y zonas sólidas gris blanquecinas. Histológicamente áreas sólidas con cambio mixoide, vasos sanguíneos entremezclados, de diferente calibres, calcificaciones, osificación focal; zonas fusocelulares sólidas y laminares, con atipia leve. Además intenso infiltrado linfoplasmocitario. Expreso PS100 en zonas fusocelulares; los marcadores CD34, Actina, BCL-2 y CD68 fueron negativos en la neoplasia. Índice de proliferación bajo (<1%), con Ki-67. **Discusión:** Esta neoplasia puede presentar zonas cavitadas, calcifica-

ciones, esclerosis y focalmente atípicas (núcleos polilobulados, hipercromáticos) y se le ha llamado “Schwannoma antiguo”, siendo más frecuente en el retroperitoneo. Puede simular histológicamente otras lesiones benignas (vasculares, inflamatorias) o malignas (sarcomas) y por estudios de imagen, tumores anexiales uterinos. Actualmente es importante el diagnóstico prequirúrgico, para tratar de preservar el nervio (neurotización).

M-60

Enfermedad de Castleman variante células plasmáticas de localización intraabdominal, en una paciente con artritis reumatoide, presentación de caso

Quintal Ramírez Marissa J., Vázquez Sierra Gloria L., Badillo Arreaga Daniel

Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Centro Médico Nacional “La Raza”, IMSS

La enfermedad de Castleman puede presentarse de forma multicéntrica o localizada con dos variantes histológicas descritas como hialina-vascular y de células plasmáticas, con manifestaciones clínicas y pronóstico variable; la variante de células plasmáticas representa del 10 al 20% de los casos localizados, se presenta en adultos jóvenes sin predominio de género y su relación con enfermedades autoinmunitarias es poco frecuente. Presentamos el caso de una mujer de 39 años, con antecedente de artritis reumatoide y síndrome doloroso abdominal agudo, en estudios de imagen se observaba una lesión nodular adyacente a la pared de colon, referida clínicamente como un “tumor

del estroma gastrointestinal”, que requirió manejo quirúrgico. Se recibe segmento de colon de 9x2.5cm sin alteraciones aparentes, en mesocolon se identifican diez nódulos, el mayor adherido a la pared de 3cm; en los cortes histológicos corresponden a ganglios linfáticos con hiperplasia folicular concéntrica (en capas de cebolla) de linfocitos pequeños reactivos, proliferación sinusal y presencia de células plasmáticas de aspecto maduro en la región interfolicular, con resultado de inmunohistoquímica: CD56 negativo, CD20 y CD3 positivos en zonas B y T, respectivamente, Bcl-2 y Ki67 positivos con patrón reactivo, cadenas kappa y lambda positivas. La enfermedad de Castleman es un padecimiento subdiagnosticado, la incidencia nos muestra en su mayoría los casos sintomáticos con astenia, adinamia, fiebre y pérdida de peso. Nuestro caso tiene una presentación clínica inusual y una asociación a enfermedad autoinmune referida poco en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Day JR, Bew D, et al; *Castleman's disease associated with myasthenia gravis*. Ann Thor Surg 2003; 75, 1648-1650
2. Jang SY, Kim BH, et al, *A case of Castleman's disease mimicking a Hepatocellular carcinoma: a case report and review of literature*, Korean J Gastroenterol, 2012, 59(1), 53-57
3. Talat N, Schulte KM, *Castleman's disease: systematic analysis of 416 patients from the literature*, Oncologist. 2011;16(9):1316-24

M-61

“Quiste mesentérico Gigante.” Presentación de un caso y revisión de la literatura

*Sandra E. Caballero Hernández. Sara Parraguirre MA *. Alberto León Takahashi José Gonzáles Páramo***

* Anatomía Patológica. ** Cirugía General. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Hombre de 50 años que acude a urgencias por cuadro de otitis media de 3 meses de evolución. Durante la exploración física se observó aumento de volumen en la región abdominal; se valoró por Cirugía General, el paciente refirió distensión abdominal y pérdida de 4 kilos en un mes, negó otra sintomatología. Se programa laparotomía con hallazgo en mesenterio de colon sigmoide una neoplasia quística ovoide que ocupa el hemiabdomen izquierdo de 30x15x10cm. En la división de Anatomía Patológica se recibe un espécimen que mide 19 x 19 x 2.5 cm; ovoide, de superficie rosada con áreas violáceas, anfractuosa y opaca; al corte salida de líquido café claro, la superficie interna es rosada con zonas rojizas y material amarillo de aspecto pastoso. Histológicamente, la pared está conformada por tejido fibroso, hay abundante infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, así como células gigantes multinucleadas y cristales de colesterol. No se observa epitelio de revestimiento. Con estos hallazgos se emite el diagnóstico de: Quiste mesentérico. Los quistes mesentéricos son crecimientos abdominales raros. Son más comunes en la 4ª década de la vida. Son más frecuentes en ileon, seguidos del omento, mesocolon y retroperitoneo. En su mayoría son asintomáticos, y su descubrimiento es incidental; pero pueden cursar con dolor abdominal crónico o con datos de abdomen agudo. Actualmente se clasifican de acuerdo al aspecto histológico

en: 1) Origen linfático; 2) Origen mesotelial; 3) Quistes entéricos; 4) Origen urotelial; 5) Quistes dermoides y 6) Pseudoquistes (traumáticos o infecciosos). En la literatura se reporta que el tamaño promedio de los quistes varía de unos centímetros hasta 10 centímetros. Lo interesante de nuestro caso es el tamaño. El tratamiento de elección es la enucleación total del quiste. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

M-62

Dermatofibrosarcoma Protuberans en Mama

B. Salinas-Montes, Dr. A. Andalon Bravo, L. Camacho-Rebollar, C. Cordova-Uscanga, M.M. Siliézar-Pala, Hugo Domínguez-Malagon, F. Candanedo-González

UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional SigloXXI, IMSS

El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es una neoplasia rara de tejidos blandos, pero en mama es extremadamente infrecuente. Se presenta el caso de una mujer de 18 años con tumor en cuadrante externo de mama izquierda, con crecimiento progresivo de un año de evolución, acompañado de dolor y prurito. En Febrero de 2011 ingresó al Hospital de Oncología. En la exploración física se identificó tumor en región infraclavicular de bordes definidos, doloroso, fijo a planos profundos, de consistencia dura, sin adenomegalias axilares. Un ultrasonido dopler mostró lesión sólida, hipoeoica, en región infraclavicular, de bordes lisos bien definidos y perfusión moderada. Una TAC confirmó la presencia de lesión con aéreas hipodensas. En

Agosto de 2011 se realizó biopsia excisional del tumor, que peso 350 gr y midió 10.5x8.7x7 cm. Al corte, se identificó tumor ovoide, sólido, de color gris-blancuecino y consistencia firme, adherido a la fascia del músculo pectoral mayor con actividad tumoral en borde profundo. Histológicamente, se observó neoplasia fusocelular, homogénea, con áreas estoriformes. Se corroboró el diagnóstico mediante inmunohistoquímica y microscopía electrónica (ME). Por inmunohistoquímica, el tumor resultó positivo para CD34. En la ME se observaron células fusiformes o estrelladas, con procesos celulares largos, delgados y ramificados. En Septiembre se realizó ampliación de márgenes quirúrgicos. Seis meses después la paciente se encuentra viva sin actividad tumoral. Comentario: El DFSP en mama puede presentarse en mujeres jóvenes con un comportamiento biológico localmente agresivo con invasión al tejido celular subcutáneo, fascia y músculo. La correlación clínico-patológica, inmunohistoquímica y de ME, permiten establecer un diagnóstico correcto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cottier O, Fiche M, Meuwly JY, Delaloye JF. Dermatofibrosarcoma presenting as a nodule in the breast of a 75-year-old woman: a case report. *J Med Case Reports*. 2011;5:503.
2. Sin FN, Wong KW. Dermatofibrosarcoma protuberans of the breast: a case report. *Clin Imaging*. 2011;35:398-400.
3. Domínguez-Malagon H, Valdez-Carrillo Mdel C, Cano-Valdez AM. Dermatofibroma and dermatofibrosarcoma protuberans: a comparative ultrastructural study. *Ultrastruct Pathol* 2006;30:283-291.

M-63

Liposarcoma mixoide primario del espacio epidural. Reporte de un caso y revisión en la literatura

Sonia Tavares García, Blandina Hernández Cruz, Sandy Lucero Granados López.

UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional SigloXXI, IMSS

Los liposarcomas(LPS) en tejidos blandos representan el 9.8 a 16% de todos los sarcomas; sin embargo, el LPS mixoide representa el 30 a 50% de todos los LPS, su localización más frecuente es en extremidades inferiores mas frecuente en muslo, glúteo y hueso poplíteo, localizaciones poco frecuentes como pulmón, corazón, orbita y espacio epidural; de este último solo existen dos casos informados en la literatura mundial. LPS mixoide tienen riesgo de recidiva local en 50% y riesgo de 20% de metástasis⁶. La tasa de sobrevida media es de 80% a los 5 años, y 50% a los 10 años, y es determinada por los márgenes quirúrgicos adecuados. Se reporta el caso de una mujer de 28 años, con síntomas de compresión medular, con diagnóstico radiológico de neurofibroma. El estudio histopatológico definitivo reporto liposarcoma mixoide con lesión en márgenes de resección quirúrgica. Se envió a tratamiento adyuvante con radioterapia. Los liposarcomas mixoides en el espacio epidural son raros, nuestro caso demuestra que ésta entidad debe ser considerado en los diagnósticos diferenciales de tumores de columna vertebral. En nuestro caso, la evolución y el pronóstico de la paciente es reservado debido a la localización poco frecuente y la resección incompleta.

M-64

Liposarcoma desdiferenciado de pared torácica. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Ana Lirio Ramírez Avila. Ana Cecilia Beltrán Camberos. Eva López Pérez
Hospital Juárez de México

Los liposarcomas son los sarcomas más frecuentes en los adultos. Comunmente ocurren en retroperitoneo, aunque pueden presentarse en las extremidades, cordón espermático y más raramente en cabeza, cuello y tronco, pero, casi siempre en localizaciones profundas. Generalmente las áreas de desdiferenciación no son específicas, y se clasifican como sarcomas indiferenciados, siendo los más frecuentes el histiocitoma fibroso maligno y el fibrosarcoma, los componentes sarcomatosos heterólogos son menos frecuentes (Osteosarcoma, rabdomiosarcoma, leiomiomasarcoma).

Resumen clínico: Hombre de 75 años, con lesión en tórax anterior izquierdo de un año de evolución, de crecimiento lento, de 20 cm de eje mayor, adherido a planos profundos.

Hallazgos histopatológicos: Se recibió espécimen de 16.5cm de eje mayor, bien delimitado, de bordes regulares, amarillo claro, nodulares, con una zona central café-gris, de 1.5cm. Histológicamente la mayor parte de la lesión corresponde a un liposarcoma bien diferenciado, y la zona de 1.5cm a un sarcoma pleomórfico, con diferenciación a leiomiomasarcoma (desmina, AML, positiva). Los liposarcomas desdiferenciados se presentan frecuentemente en retroperitoneo o en porciones profundas del tronco, son raros en regiones superficiales, y en muy baja propor-

ción puede identificarse un elemento heterólogo (5%). La presentación en pared torácica es inusual, y la diferenciación heteróloga a leiomiomasarcoma, también lo es. Presentamos este caso, para tener en cuenta la probabilidad de la diferenciación heteróloga en los liposarcomas, y poder establecer el diagnóstico preciso.

M-65

Tumor de células granulares maligno de tejidos blandos de axila. Reporte de un caso

María de los Angeles Martínez Ramírez, María Gabriela Gil Romero, Monica Rachele Rodríguez Flores, José Eduardo Farfán Morales, Nuria Gispert Cruells

Hospital General “Dr Darío Fernández Fierro”, ISSSTE

El tumor de células granulares fue descrito por primera vez por Abrikossoff en 1926, desde entonces la mayoría de los casos han tenido un comportamiento benigno y solo pocos casos con agresividad local y metástasis han sido reportados en la literatura. Esta neoplasia continua siendo fascinante debido a su relativa rareza y a la discusión que se ha generado en torno a su histogénesis. Se reporta el caso de un paciente de sexo masculino de 60 años de edad que presenta una masa en región axilar derecha de 3 cm., firme, dolorosa y adherida a planos profundos; se realiza exploración axilar y mediante estudio transoperatorio se reporta tumor de células granulares maligno con metástasis en cuatro ganglios linfáticos, posteriormente en cortes definitivos se confirma el diagnóstico mediante estudios de inmunohistoquímica (S-100, CD68, vimentina, calretinina, ki67 y

p53). El tumor de células granulares maligno representa solo 1-2% de todos los tumores de células granulares, su localización más frecuente es en tejidos blandos de muslo, mientras que los benignos tienden a presentarse en la región de la cabeza y cuello. Histológicamente se compone de células grandes poligonales con núcleo redondo, central y citoplasma eosinófilo granular, por inmunohistoquímica presenta positividad para S-100, CD68 y vimentina. Para su clasificación se han propuesto diversos criterios, basándose en el pleomorfismo, necrosis, mitosis, expresión de ki67 y p53, a pesar de ello, algunos autores consideran que la presencia de metástasis es el único parámetro confiable de malignidad. En un estudio realizado por Nasser en 2011, de 48 casos reportados en un periodo de 10 años, solo uno de ellos presento metástasis, lo cual refleja la rareza de malignidad de estos tumores.

M-66

Enfermedad de Castleman de tipo mixto primaria en peritoneo ileocecal

Rita Dorantes Heredia, Fredy Chablé Montero, Edgardo Reyes Gutiérrez, Carmen Lome Maldonado

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

La enfermedad de Castleman (EC) localizada en abdomen es infrecuente. Al parecer sólo existen informados 17 pacientes con involucro en esta serosa, y todos correspondieron al tipo hialino-vascular. **Objetivo:** Se discuten las características clínicas y patológicas de EC de tipo mixto primaria de peritoneo. **Presentación de caso:** Mujer de 40 años con dolor

abdominal difuso e intermitente de dos años de evolución. En otro hospital se diagnosticó leiomioma por ultrasonido y se realizó laparotomía exploradora. Los hallazgos correspondieron a tumor en colon ascendente con apéndice cecal adosado. No se practicó otra maniobra e ingresó al instituto (2010). **Estudios de Patología:** Hemicolectomía derecha con tumor de 8 cm en peritoneo ileocecal, sin involucro de la serosa íleo-cólica. La neoplasia correspondió a proliferación linfoide semejante a ganglio linfático. Existían centros germinales atróficos con linfocitos CD20+ así como expansión de la zona del manto por capas concéntricas de linfocitos T DC3+. Esto se acompañaba con proliferación vascular hialina interfolicular y en centros germinales. En la porción interfolicular había abundantes células plasmáticas CD138+ que rebasaban la cápsula del tumor. Los tumores primarios de peritoneo se dividen por fenotipo en mesoteliales, epiteliales, de músculo liso y no determinado. La ocurrencia de EC primaria en peritoneo es infrecuente. Al parecer es más frecuente en mujeres y los síntomas son inespecíficos. La edad no influye para la presentación de EC. Es frecuente que se confunda con neoplasias primarias del aparato reproductor y otros tumores abdominales. El tipo de EC informado es el hialino vascular. La extirpación quirúrgica resuelve el cuadro clínico.

M-67

Schwannoma intraoseo. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Dra. Atencio Ch. Adriana, Dr. Balderas M. José, Dr. Técuat G. Romeo,

Dr. Ayala Z. Mario, Dr. Amaya Z. Rubén A., Dra. Cario M. Alejandra, Dr. Rossier G. Anselmo

UMAE Hospital de Ortopedia, "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal

Introducción: Los Schwannomas intraóseos son tumores benignos que se originan de las células de Schwann y representan menos del 0.2% de los tumores óseos primarios, son limitados a la sustancia ósea, centrados en la cavidad medular y semejan otros tumores óseos primarios, de crecimiento lento, el dolor es el síntoma más común. Es ligeramente más frecuente en las mujeres. **Presentación del caso:** Femenino de 35 años, inició su padecimiento en 2007, con dolor punzante, progresivo, en pierna derecha, región proximal, con periodos de exacerbación. Al cursar con el embarazo condicionó incapacidad funcional, con aumento de dolor a la deambulación prolongada y apoyo de la extremidad. Se realizó protocolo de estudio y se efectuó toma de biopsia, más resección intracompartamental y plástia con polimetilmetacrilato el 29 de agosto del 2011. El reporte histológico fue de Schwannoma Intraóseo. Actualmente se encuentra libre de enfermedad y función completa de la rodilla. **Conclusiones:** El Schwannoma Intraóseo es un tumor raro óseo primario, el sitio de presentación más común es la mandíbula pero ha sido reportado en huesos largos en la región metadiáfisiaria, dentro del hueso el tumor puede ser localizado en la cavidad medular, canal nutricio o extraóseo. El diagnóstico diferencial es con el tumor de células gigantes, el quiste óseo aneurismático y condroblastoma. El tratamiento es resección

intracompartamental con aporte de metilmetacrilato o resección en bloque. La recidiva es rara y se asocia a una escisión incompleta.

M-68

Fibroma condromixoide. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Atencio Ch. A, Cario M.G, Técuat G. R, Dr. Balderas M. J, Amaya Z. R, Ayala Z. M, Rossier G. A, Martínez G. F.

UMAE Hospital de Ortopedia, "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal

Introducción: El Fibroma condromixoide es un tumor de origen cartilaginoso, le corresponde <1% de todos los tumores óseos primarios. La mayoría de los pacientes se encuentran entre la 2º y 3º década de la vida. La relación H: M es de 1.5:1. Puede ser asintomático pero lesiones grandes causan dolor, edema y deformidad ósea. La localización más frecuente son los huesos largos con predilección por la articulación de la rodilla, predominando en la metáfisis proximal de la tibia. Son tumores benignos de conducta biológica agresiva. **Presentación del caso:** Femenino de 8 años, inició su padecimiento en mayo del 2011 al sufrir caída de la cama, con contusión en la rodilla derecha, con leve dolor, limitación funcional, marcha claudicante, contractura en flexión de rodilla de 20 grados y aumento de volumen. Radiológicamente con lesión lítica a nivel de región lateral de fémur distal que compromete la fisis, con patrón geográfico, aparente reacción perióstica posterior. Se realizó protocolo de estudio y resección

intracompartamental con aporte de polimetilmetacrilato el 10 de enero del 2011. Diagnóstico histológico de Fibroma Condromixioide. Actualmente se encuentra libre de lesión y con función completa de la rodilla. **Conclusiones:** El Fibroma condromixioide es un tumor raro que puede presentarse en cualquier hueso y en diferentes edades. Clínica y radiológicamente semeja otros tumores benignos óseos por lo que es importante hacer el diagnóstico diferencial con el condroblastoma y el condrosarcoma. La resección intracompartamental o resección en bloque es el tratamiento ideal para estos tumores.

M-69

Condrosarcoma desdiferenciado con componente de fibrosarcoma en fémur

A. Andalon-Bravo, B. Salinas-Montes, G.A. Espinoza-Neria, L. Camacho-Rebollar, A. Ramírez-Castellanos, C. Cordova-Uscanga, F. Candanedo González

UMAE Hospital de Oncología, CMN Siglo XXI.IMSS

El condrosarcoma desdiferenciado (CD) representa 10% de todos los condrosarcomas y es una neoplasia de alto grado. Se presenta el caso de un hombre de 63 años con dificultad para la marcha desde hace 4 meses. En su ingreso al Hospital de Oncología se realizó una TAC que mostró tumor lítico, que expandía la médula ósea del fémur derecho, en su porción proximal, destruía la cortical e invadía tejidos blandos. Inicialmente se realizó biopsia incisional del tumor que confirmó la presencia de CD. En Diciembre de 2011, se realizó desar-

ticulación coxofemoral derecha. Al corte se identificó fractura patológica y tumor ovoide que midió 20x15x9.5 cm, heterogéneo, con áreas nodulares de color gris-nacarado y aspecto cartilaginoso que alternaban con áreas sólidas de color café-amarillo y aspecto carnososo, con necrosis y hemorragia. El tumor se encontró sobre el límite quirúrgico. Histológicamente, se identificó componente cartilaginoso de bajo grado, bien delimitado (que representaba 10% de toda la neoplasia), con transición abrupta de sarcoma fusocelular de alto grado de tipo fibrosarcoma. Por otra parte, en los estudios de extensión únicamente se encontró aumento en la consistencia y crecimiento de la próstata por la presencia de adenocarcinoma de tipo acinar. Tres meses después el paciente se encuentra vivo sin actividad tumoral. Comentario: El CD es una neoplasia agresiva que puede alcanzar un gran tamaño y ser invasiva. El diagnóstico se debe sospechar ante la presencia de neoplasia con dimorfismo tumoral con componente cartilaginoso y sarcoma de alto grado en fémur en hombres mayores de 50 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grimer RJ, Gosheger G, Taminiau A, Biau D, Matejovsky Z, Kollender Y, San-Julian M, Gherlinzoni F, Ferrari C. Dedifferentiated chondrosarcoma: prognostic factors and outcome from a European group. *Eur J Cancer* 2007;43:2060-2065.
2. Aigner T, Unni KK. Is dedifferentiated chondrosarcoma a "de-differentiated" chondrosarcoma? *J Pathol* 1999;189:445-447.
3. Frassica FJ, Unni KK, Beabout JW, Sim FH. Dedifferentiated chondrosarcoma. A report of the clinicopathological features and treatment of seventy-

eight cases. *J Bone Joint Surg Am* 1986;68:1197-1205.

M-70

Hamartoma de músculo liso congénito de la conjuntiva palpebral. Presentación de un caso

Abelardo A. Rodríguez Reyes, Dolores Ríos y Valles Valles, Laura Evelyn Mora Ríos, Alfredo Gómez Leal, Héctor A. Rodríguez Martínez, Stephanie de la O Pérez, María del Mar Yukie Namba Bando

Asociación para Evitar la Ceguera en México, Hospital "Dr Luis Sánchez Bulnes"

El hamartoma de músculo liso se define como proliferación benigna de focos desorganizados de músculo liso maduro con poca capacidad de crecimiento autónomo. El hamartoma de músculo liso congénito (HMLC) fue descrito por Sourreil y cols. en 1969, representa producción excesiva de músculo liso durante la maduración fetal, cuyos sitios de origen son vasos sanguíneos, tejido celular subcutáneo, intestino y útero. Presentamos el caso de niño de 5 días de nacido con lesión de apariencia "quística" en el ojo derecho que afectaba la superficie ocular anterior. La lesión midió 2.7 cm. de eje mayor y transluminaba. Los diagnósticos clínicos fueron microftalmos con quiste vs. ojo quístico congénito vs. teratoma. Por ultrasonido se demostró lesión quística bien delimitada, por debajo de la cual se evidenciaba globo ocular fáquico bien formado, con lo que se descartaron los diagnósticos clínicos previos. Se realizó biopsia escisional de la lesión que estaba adherida a la conjuntiva tarsal superior. Microscó-

picamente, la lesión estaba compuesta por haces entrecruzados de músculo liso mezclados con vasos sanguíneos pequeños, inmersos en una matriz de tejido conectivo laxo. El diagnóstico histopatológico fue HMLC de conjuntiva palpebral superior. En la periorbita el HMLC se puede originar del músculo liso de los vasos sanguíneos o del complejo de retractores de los párpados, tales como el músculo de Müller en el superior y el músculo cápsulo-palpebral en el inferior. No hay evidencia de asociación del HMLC con otras anomalías congénitas o transformación maligna. Solo hay un caso informado en la literatura en esta localización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Am J Dis Child 1990;144:782-4.
2. Am J Ophthalmol 1999;128:643-4.

M-71

Carcinoma papilar renal tipo sólido. Informe de un caso de autopsia

Fany Porras Reyes y Minerva Lazos Ochoa

Hospital General de México OD y Facultad de Medicina, UNAM

Introducción: El carcinoma papilar renal (CPR) representa el 10 al 15% del total de los carcinomas renales, predomina en hombres, con edad media de 50 años. Se caracteriza por presentar patrón papilar o tubulopapilar; se divide en tipo I que es de grado bajo, con abundantes histiocitos espumosos; y el tipo II que presenta papilas irregulares, con células grandes, núcleos voluminosos y nucléolo prominente. Por

inmunohistoquímica, ambos expresan EMA, CK7 y CD10; el tipo I: p504s y MUC1, mientras que el tipo II es positivo para E-cadherina y AIUE. Se presenta un caso de autopsia de CPR de tipo sólido estudiado en el Hospital General de México. **Resumen clínico:** Hombre de 61 años con antecedente de tabaquismo. Inició su padecimiento final 6 meses previos a su defunción con dolor abdominal intermitente en hipocondrio derecho y pérdida ponderal de 15 kilos. Ingresó con datos de dificultad respiratoria; por medio de ultrasonido abdominal se le detectó tumor sólido de polo renal derecho; se incrementó la dificultad respiratoria y falleció. **Resumen de la autopsia:** El riñón derecho presentaba un tumor sólido, lobulado, de superficie rugosa, blanco grisáceo que microscópicamente estaba compuesto en menos del 10% por papilas pequeñas y delgadas, revestidas por células poliédricas, con citoplasma moderado, núcleo grande oval con algunos nucléolos prominentes; el resto del tumor estaba constituido por láminas, nidos y cordones de células grandes poliédricas, con citoplasma moderado, núcleo grande y nucléolo prominente; fue positivo para CK7 y negativo para AIUE y E-cadherina. El diagnóstico histopatológico final fue CPR de tipo sólido del riñón derecho que invadía el tejido adiposo perirrenal y vena renal con metástasis pulmonares, hepáticas, cardíacas, suprarrenales, en ganglios linfáticos perirrenales derechos, mediastinales y mesentéricos. **Comentario:** De los carcinomas papilares, 2 a 3 % son de patrón sólido, de difícil diagnóstico y se puede comprobar con inmunohistoquímica; este caso es representativo ya que el 10% tiene patrón papilar y el

resto es sólido; sin embargo, conserva las características inmunohistoquímicas del carcinoma papilar.

M-72

Malacoplaquia renal post-transplante. Reporte de caso y hallazgos histopatológicos

Angélica Rodríguez, Álvaro Barbosa, Luis Cuervo, Miguel Paz

Hospital San José Tec de Monterrey, Monterrey N.L.

En el Hospital San José Tec de Monterrey, se realiza un promedio de 40 biopsias renales guiadas por ultrasonido. El presente caso es el primero identificado como Malacoplaquia renal, observado en el hospital. Ésta es una rara entidad que con más frecuencia se presenta en el tracto genitourinario (75% de los casos), y que es un reto diagnóstico en la clínica por su similitud con otras patologías, especialmente malignidades. Femenino de 39 años con antecedente de IRC de origen desconocido y transplante renal de donador vivo en octubre del 2011, en tratamiento con inmunosupresores. Se realiza biopsia renal el 21/12/2011 por rechazo agudo (clínicamente) de transplante, con diagnóstico de NTA y daño arteriolar sugestivo de efecto por inhibidores de calcineurina. Se modifica esquema inmunosupresor sin respuesta. Es internada en nuestra institución por oliguria el 20/01/2012. Al estudio ultrasonográfico y TAC se descubren dos colecciones de líquido que rodean el injerto. Se decide drenar las colecciones y realizar biopsia renal el 20/01/2012. La malacoplaquia es una enfermedad granulomatosa crónica, que con mayor frecuencia se encuentra en el tracto genitourinario. Se asocia a

inmunodeficiencia y se ha reportado con frecuencia en pacientes con transplante renal. Microscópicamente, se observan colecciones de histiocitos con citoplasma acidofílico, en los cuales se puede observar inclusiones intracitoplasmáticas conocidas como “cuerpos de Michaelis-Gutmann”, que son basofílicos y positivos para la tinción de PAS y Von Kossa. Esta entidad se considera un defecto en los fagolisosomas de los macrófagos en respuesta a bacterias (E. Coli en un 80-90% de los casos). Clínicamente se puede presentar como: infección de vías urinarias, localización extravesical con presencia de masa o como entidad asociada a inmunodeficiencia. El diagnóstico es histopatológico por lo que la biopsia es esencial para su confirmación y exclusión de otras patologías. El tratamiento consiste en curso prolongado de antibióticos y/o suspensión del tratamiento inmunosupresor. (IRC: insuficiencia renal crónica, NTA: necrosis tubular aguda).

M-73

Adenocarcinoma mucinoso coloide y quístico del uraco, presentación de un caso

Quintal Ramírez Marissa J, Martínez Olivares Jocabed*, Sánchez Ruvalcaba Itzel**, Jerónimo Guerrero Debbie S*, Sánchez Claudio Mariela**

*Anatomía Patológica, ** Urología, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret Centro Médico Nacional La Raza IMSS

El carcinoma de uraco fue descrito en 1863 por Hue y Jacquinen, representa el 0.01% de los carcinomas en adultos y comprende el 0.17-0.34%

del carcinoma en vejiga. Predomina en el género masculino con rango de edad de 40 a 70 años ^{1,3}. Se presenta el caso de un adenocarcinoma de variedad histológica poco frecuente y de aspecto quístico, el cual fue referido clínicamente como quiste de uraco.

Presentación de caso: Masculino de 51 años con hematuria macroscópica de un año de evolución, dolor opresivo e intermitente en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, por ultrasonografía y tomografía computada pélvica se observa una lesión quística con áreas sólidas dependiente del uraco en el domo vesical. Se recibe espécimen de 14cm con lesión quística unilocular llena de moco; en los cortes histológicos la lesión está revestida por un epitelio glandular mucoprodutor y lagos de moco, con extensión a la muscular propia vesical y sin evidencia de lesión en el urotelio adyacente. El adenocarcinoma de uraco representa el 94% de los carcinomas de esta localización, siendo 69% positivos a mucina, sin embargo el tipo coloide es poco frecuente (24%) y con sólo un caso quístico reportado en la literatura ³. La cirugía continúa siendo el tratamiento de elección, con sobrevivencia de 43% en cinco años de acuerdo a varias series, pero los márgenes quirúrgicos positivos le confieren un mal pronóstico. El papel de la radioterapia y la quimioterapia en esta neoplasia es incierto ^{2,4}.

REFERENCIAS

1. Molina J, Quevedo J. Predictors of survival from urachal Cancer. A mayo clinic study of 49 cases. Cancer 2007; 110 (11): 2434-2440.
2. Scabini S, Rimini E. Urachal tumour: case report of a poorly understood carcinoma. World J of Surgical Oncology, 2009; 7: 82.

3. Sun Yat – Sen. Clinical analysis of 14 cases of urachal carcinoma. Chinese Journal of Cancer 2008; 27 (9): 252-255.
4. Ashley R, Inman B., Sebo T. Urachal carcinoma: clinicopathologic features and long-term outcomes of an aggressive malignancy. Cancer. 2006; 107(4): 712-720.

M-74

Carcinoma de conductos colectores de Bellini: reporte de un caso y revisión de la literatura

*Vázquez López Brenda Esther. **, Hernández Martínez Silvia*, Piña Osuna Ana Karina*, Mejía Bañuelos Rosa María*, Sánchez Venegas Julio César**, Reyes Velarde César Adolfo****

UMAE No 25 Monterrey, Monterrey N.L.

El carcinoma de conductos colectores es una variante rara del carcinoma de células renales. Se han reportado menos de 100 casos en la literatura, tiende a presentarse en pacientes jóvenes, en estadios clínicos avanzados y con pobre pronóstico. Se trata de paciente masculino de 55 años con ataque al estado general e ictericia. La TAC reportó hepatopatía crónica, masa renal y diverticulosis. La urografía excretora concluye riñón derecho excluido. Se realiza dilatación y uretrotomografía donde no se identifica pelvis ni cálices renales. Se realiza nefrectomía radical derecha, con peso de 310 gramos y que mide 12.5 x 6 x 5 cm, la superficie externa con cicatrices retráctiles. A las múltiples secciones se identifica corteza renal que varía de 0.8 a 2 cm, presentando áreas grisáceas en tercio medio y ambos polos, de consistencia blanda. Se diagnostica carcinoma renal de los conductos

colectores de Bellini, difuso, que se localiza en médula y se extiende a la corteza, sin romper la cápsula renal. Se realiza inmunohistoquímica positiva vimentina, citokeratinas y CK7, pero negativa para ACE en los conductos colectores neoplásicos. Estas neoplasias son hallazgos incidentales. La edad de presentación es a los 56 años $\pm$ 11, con relación H:M de 1:1. Tienen mal pronóstico, con sobrevida a 5 años de alrededor de un 34.5% y la respuesta al tratamiento no es alentadora. La mayoría presentan una lesión bien definida que varía de 2.7 a 16 cm, grisáceas a blanquecinas y que involucran la pelvis y cálices renales.

M-75

Carcinoma Renal Papilar de Células Claras. Reporte de un caso

Francisco Antonio Soto Patiño, César Iván Peña Ruelas, Alejandra Jazmín Torres Rosas, María del Carmen Juárez García, Julio C. Sánchez Venegas, Brenda Vázquez López, Edmundo E. Castelán Maldonado, Eduardo A. González Murillo, Korina Ávila Urzúa, O. De Leija Portilla

UMAE No 25 Monterrey, Monterrey N.L.

El carcinoma renal papilar de células claras (CRPCC) es una entidad recientemente descrita, con menos de 100 casos reportados en la literatura.¹⁻³

Caso Clínico: Hombre de 73 años con hematuria macroscópica de dos meses de evolución y pérdida ponderal de 10 kgs. A la EF presentó dolor leve en fosa renal derecha. La TC mostró una masa de 3.5 x 2.7 cm, localizada en el polo inferior del riñón derecho. En Anatomía Patológica se recibió un riñón de 200 grs, a la sección des-

tacó un tumor de 3.5 x 3 cm, solido, café-rojizo con áreas blanquecinas, de bordes bien definidos y consistencia blanda. Histológicamente, la neoplasia se encontró constituida por papilas y túbulos, delineados por una capa de células cuboidales, con citoplasma claro y núcleo orientado hacia la superficie apical; dichas células fueron inmunorreactivas para CK7, y negativas para alpha-methylacyl-CoA racemase y CD10. **Discusión:** La mayoría de los casos de CRPCC han sido asociados a enfermedad renal terminal, sin embargo con una frecuencia creciente se comienzan a reportar en pacientes sin enfermedad renal.¹ La edad media de presentación es 58 años y el tamaño promedio es 2.4 cm.³ El CRPCC carece de trisomía en los cromosomas 7 y 17, delección en 3p25, y mutación en el gen de von Hippel-Lindau.³

REFERENCIAS

1. Kamyab A, Jacobs MJ. Clear cell papillary renal cell carcinoma: a rare subtype. *Journal of Cancer Therapy* 2011;2:683-5.
2. Adam J, et al. Clear-cell papillary renal cell carcinoma: 24 cases of a distinct low-grade renal tumour and a comparative genomic hybridization array study of seven cases. *Histopathology* 2011;58:1064-71.
3. Rohan SM, et al. Clear-cell papillary renal cell carcinoma: molecular and immunohistochemical analysis with emphasis on the von Hippel-Lindau gene and hypoxia-inducible factor pathway-related proteins. *Modern Pathology* 2011;24:1207-20.

M-76

¿Apéndice cecal en fosa ilíaca izquierda? Remanentes Müllerianos en hombre de 51 años

Miguel Paz, Álvaro Barbosa y Angélica Rodríguez

Hospital San José-TEC de Monterrey, Monterrey, N.L.

Mensualmente se realizan en el HSIJ alrededor de 21 apendicectomías, con aproximado anual de 240. En nuestra historia no se ha reportado un apéndice de localización izquierda, ni se había realizado un hallazgo de remanentes Müllerianos. Hombre, 51 años, casado, 2 hijos. Criptorquidia derecha, orquidectomía (infancia) y resección de hernia inguinal derecha hace 30 años. 08/11 aumento de volumen en región inguinal izquierda, reductible, modificable con movimientos; se agrega dolor leve e intermitente. En US, hernia inguinal izquierda. Se realiza laparoscopia y se envía el producto de la hernioplastia y un tejido referido como "apéndice cecal". El saco herniario es tejido adiposo maduro. El fragmento tubular, 5.0 x 1.5 cm, violáceo, congestivo y firme, corresponde a conducto de tipo mülleriano revestido por epitelio cilíndrico ciliado con formación de glándulas irregulares (ACE- y RE+) y apoyado en estroma endometrial (CD10+), la pared son capas concéntricas e irregulares de músculo liso. En el síndrome de persistencia de conductos Müllerianos, (AD), hay defectos en receptores de sustancia inhibitoria mülleriana, producida en las células de Sertoli. Son individuos con testículos no descendidos, genotipo 46XY, fenotipo masculino y genitales internos femeninos/masculinos, asociados a derivados Müllerianos herniados en el canal inguinal, sin virilización afectada, pero en los que la fertilización rara vez se ha reportado. En el presente caso se refirió el

segmento tubular como un apéndice en canal inguinal izquierdo, lo cual se explicaría en una Malrotación, pero tanto histología como IHQ rechazan dicho hallazgo.

M-77

Melanoma maligno de uretra masculina. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Jorge Miguel García, Claudia T. Gutiérrez Quiroz. Gabriela Martínez Reyes

UMAE CMN “Gral Manuel Avila Camacho”

Los melanomas malignos del tracto genitourinario, representan menos del 1% de todos los melanomas. El

melanoma primario de uretra corresponde a 1% de todos los casos de cáncer de pene y menos del 0.2% de los casos de melanoma en hombres. Se presenta en pacientes de 50 a 60 años y se localiza comúnmente en el glándula (55%). La uretra en especial incluyendo la fosa navicular y el meato uretral, son los sitios más frecuentes de melanoma del tracto urinario masculino. Masculino de 62 años, presenta hematuria, posterior a una nefrectomía radical por carcinoma renal de células claras. Durante el protocolo de cáncer renal no se demostró la presencia de metástasis a ningún nivel. Se realiza citoscopia en la que se observa lesión exofítica friable fácilmente sangrante, que impidió el paso del citoscopio, por

lo que se realizó meatotomía uretral, con toma de biopsia. Reporte histopatológico en biopsia incisional de uretra, fue melanoma maligno. Realizando penectomía radical con disección inguinal bilateral. El desarrollo de melanomas genitourinario es poco frecuente. Nos encontramos con un proceso raro representando el 2% de los melanomas primarios en el hombre, todos los autores coinciden en la descripción de la presentación clínica como en nuestro caso con presencia de hematuria, disuria y presencia de tumor a nivel peniano. El mejor tratamiento para el cáncer de uretra es poco claro, algunos autores recomiendan amputación total del pene y disección radical de linfáticos inguinales.