

## "Resúmenes de los trabajos presentados en el LXII Congreso de la Asociación Mexicana de Patólogos A.C., abril-mayo 2021"

Citopatología	1
Dermatopatología	2
Patología de Hígado, Páncreas y Vías Biliares	3
Patología Pediátrica	4
Patología de Cabeza y Cuello	5
Oftalmopatología	6
Ginecopatología	7
Neuropatología	8
Patología de Glándula Mamaria	9
Patología Cardiopulmonar	10
Nefropatología	11
Patología del Tubo Digestivo	12
Hematopatología	13
Patología Ósea y Tejidos Blandos	14
Patología Endocrina	15
Uropatología	16
Patología Veterinaria	17
Patología Posmortem	18

"El contenido de los resúmenes aquí presentados es responsabilidad de los autores".

Categoría del resumen:

**Citopatología. Clave: C1**

Título:

**Variabilidad intraobservador en el diagnóstico citológico de las subcategorías de AGC propuestas por el Sistema Bethesda**

Autor o autores:

**Dr. Eduardo Mora Tinajero, Dra. Lorena Flores Hernández, Dra. Mónica Serrano Arévalo, Dra. Farid Villegas González, Dra. Mariel Verónica Viteri Toapanta, Dr. Gabriel Ernesto Díaz Juárez, Dr. Leonardo Saúl Lino Silva MSc.**

Institución o instituciones:

**Instituto Nacional de Cancerología**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Eduardo Mora Tinajero**

### Introducción y Objetivos:

Introducción: Existen varios estudios que han analizado la variabilidad intrerobservador en el diagnóstico citológico de la categoría AGC así como la reproducibilidad de la determinación del probable origen de las células y su correlación con el diagnóstico histopatológico. Todos concuerdan en que el diagnóstico citológico de la categoría AGC es difícil y además carece de reproducibilidad principalmente por la subjetividad interobservador. Analizar la variabilidad intra e interobservador en el diagnóstico citológico de las subcategorías de AGC propuestas por el Sistema Bethesda.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se incluyeron todos los casos de AGC durante el periodo 2013 a 2017. Se encontraron 64,317 citologías de las cuales 385 fueron AGC (0.59 %) y de ellas 242 cumplían con los criterios de inclusión. En la primera parte de esta investigación, participaron tres citopatólogas del Instituto, con 15, 6 y 5 años de experiencia; se pidió que revisaran de manera independiente cada extendido y lo subcategorizaran de acuerdo con su probable origen, endocervical, endometrial, extrauterino y sin especificar. Doce meses des-

pués las mis- mas citopatólogas, revisaron los 242 casos previamente evaluados, de manera independiente y subclasificando cada caso según el probable origen celular, además, en intentando determinar si las alteraciones favorecían una entidad benigna o maligna.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En la primera evaluación de los extendidos se determinó un nivel de acuerdo interobservador moderado para el diagnóstico de las subcategorías de AGC; con una concordancia en 111 de los 242 casos (45.86 %) para de- terminar la célula de origen. 85 casos (76.6 %) fueron entidades malignas, de ellos el 53.3 % fueron adenocarcinomas endometriales. Hubo un acuerdo unánime entre las observadoras y el reporte histopatológico en 80 de 242 casos (33.06%), al designar el tipo de célula de origen. En la segunda evaluación se encontró un acuerdo interobservador entre débil y moderado al tratar de determinar el origen celular; para diferenciar entre entidades benignas y malignas hubo un nivel de acuerdo mínimo. Se obtuvo una fuerza de concordancia intraobservador entre regularbuena y mala al comparar la primer y se- gunda evaluación.

### Discusión y Conclusiones:

La subclasificación de la categoría AGC es un méto- do poco reproducible para determinar el posible ori- gen de las células pue hay una variabilidad intraobservador considerable al determinar si las células de AGC corresponden a células de origen endometrial, endocervical o extrauterino. Existe una confiabilidad intrero- bservador mínima al categorizar si las células con AGC son malignas o benignas, resultando en baja reproducibilidad de los criterios diag- nósticos. Es necesario valorar la uti- lidad de los criterios propuestos por el Sistema Bethesda en cuanto a la subclasificación de la categoría AGC y si sugieren o no malignidad, así como su reproducibilidad en otras instituciones.

Categoría del resumen:

**Citopatología. Clave: C2**

Título:

**Características Citomorfológicas de los Ade-  
nocarcinomas Mucinosos del Cérvix Uterino**

Autor o autores:

**Dr. Díaz Juárez Gabriel Ernesto, Dra. Se-  
rrano Arévalo Mónica Lizzette, Dra. Flores  
Hernández Lorena, Dra. Villegas Gonzáles  
Lidia Faridi**

Institución o instituciones:

**Instituto Nacional de Cancerología**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Gabriel Ernesto Díaz Juárez**

### Introducción y Objetivos:

Los adenocarcinomas mucinosos son tumores poco frecuentes y de mal pronóstico diagnosticados en estadios avanzados. El adenocarcinoma de tipo gástrico, por ejemplo, no se beneficia de los métodos de tamizaje, pues son VPH negativos y la citomorfología no está del todo descrita. Describir las características citomorfológicas de los adenocarcinomas de tipo mucinoso en la citología cervico- vaginal y evaluar su utilidad diagnóstica.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se revisaron los casos de adenocarcinoma endocervical de tipo mucinoso y adenocarcinoma endocervical conven- cional que contaban con confirmación histopatológica y citología cervicovaginal en un periodo de 12 años. En los extendidos cervicovaginales se analizaron las características del fondo, disposición de las células, cito- plasma y núcleo. Las variables se compararon mediante Chi cuadrada y las varia- bles estadísticamente relevantes se analizaron con un modelo de regresión logística binario.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Las características con significancia estadística para los adenocarcinomas mucinosos de tipo gástrico fueron: mucina rosada, citoplasma

vacuolado, cromatina abierta y presencia de nucléolo. Se presentaron en el 71.4% de los casos con precisión diagnóstica del 91%, sensibilidad del 40%, especificidad del 97.8%, VPP de 71.4% y VPN de 92.3%. Las variantes menos comunes no pudieron ser analizadas estadísticamente debido al bajo número de casos recabados.

### Discusión y Conclusiones:

La citología cervicovaginal convencional y en base líquida tienen alta tasa de precisión diagnóstica, especificidad y valor predictivo positivo para el diagnóstico de adenocarcinomas mucinosos de tipo gástrico cuando se realiza diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma endocervical convencional. El diagnóstico oportuno puede favorecer una mayor supervivencia y un mejor pronóstico en las mujeres con este tipo de padecimientos.

### Bibliografía:

Omori M, et al. A case of endocervical minimal deviation adenocarcinoma with varicolored cytopathologic features on Pap smear, 2018. Kawakami F, et al. Cytologic features of Gastric-Type Adenocarcinoma of the Uterine Cervix. 2015.

Categoría del resumen:

**Citopatología. Clave: C3**

Título:

**Carcinoma metastásico de mama detectado en líquido cefalorraquídeo, presentación de un caso y descripción de la cito morfología.**

Autor o autores:

**Dra. Itzel Araceli Ortiz Meza, Dra. Raquel Garza Guajardo, Dra. Oralia Barboza Quintana, Dr. Edwars Rodríguez Hinojosa, Dra. Gabriela Gómez**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Itzel Araceli Ortiz Meza**

### Introducción y Objetivos:

En una escala mundial, el cáncer de mama es la segunda neoplasia con mayor índice de metástasis al SNC (10- 16%). Entre los factores de riesgo se encuentran la etapa clínica y la edad al diagnóstico, así como la presencia de subtipos moleculares agresivos, en particular del inmunofenotipo triple negativo (TN). La presencia de células malignas en líquido cefalorraquídeo (carcinomatosis meníngea) ocurre en el 0.8% al 16% de las pacientes, generalmente en etapas terminales de la enfermedad.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se trata de una paciente femenina de 47 años con clínica de irritación meníngea, caracterizada por alteración del estado de alerta, fiebre y rigidez nuchal de 5 días de evolución, el estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo mostró un pH de 8.5, 130 células por milímetro cúbico, las cuales correspondían el 100% a polimorfonucleares, por lo que la sospecha clínica inicial fue de meningitis bacteriana. Además, se envió a estudio citológico.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió 0.1 ml de líquido transparente. En la tinción de Papanicolau se observó un fondo hiper celular, con células discohesivas las cuales presentan pérdida de la relación núcleo: citoplasma, hipercromasia nuclear e irregularidades de membrana, así como la presencia de macro nucléolos y mitosis frecuentes. El citoplasma, además, se observa vacuolado con protrusiones citoplasmáticas y reforzamiento de membrana, dando un aspecto de tipo mesotelial. Ante hallazgos citológicos francos de malignidad, se indaga

en los antecedentes patológicos de la paciente, la cual presenta historia de carcinoma de mama.

### Discusión y Conclusiones:

Las protrusiones citoplasmáticas son una característica cito morfológica que se ha descrito en el carcinoma de mama metastásico en la citología del LCR en varios libros de texto de citopatología estándar. Su formación está causada por una ruptura de la red de actina-miosina cortical seguida de un desprendimiento de la membrana plasmática, que se infla por el flujo citoplasmático debido a la presión hidrostática intracelular. La mayoría de estas protuberancias ricas en actina se forman preferentemente en el borde delantero de las células, lo que favorece su motilidad.

Un estudio reciente en cáncer de mama demostró que favorecidas por el medio alcalino y quimio-tácticos, como el factor de crecimiento epitelial, estas protrusiones mejoran significativamente la invasividad celular y con ello, favorecerían las metástasis en pacientes con Receptores de estrógeno negativo.

### Bibliografía:

Khajah, M.A., Mathew, P.M., Alam-Eldin, N.S., & Luqmani, Y.A. (2015). Bleb formation is induced by alkaline but not acidic pH in estrogen receptor silenced breast cancer cells. *International Journal of Oncology*, 46, 1685-1698.

Categoría del resumen:

**Dermatopatología. Clave: D1**

Título:

**Ki-67 y COX-2 relacionados a recurrencia de carcinoma basocelular. Estudio de casos y controles**

Autor o autores:

**Jeniffer Calderón-Neville, Mary Carmen Gutiérrez Gil, Benjamín Moncada González, Héctor Gerardo Hernández Rodríguez**

Institución o instituciones:

**Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Universidad Autónoma de San Luis Potosí**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Jeniffer Calderón Neville**

### Introducción:

El carcinoma basocelular es la neoplasia más frecuente de la piel; tiene una recurrencia menor del 2% según las guías mexicanas. El marcador Ki-67 es un indicador de proliferación celular al igual que la ciclooxigenasa-2 (COX-2), aunque esta última también se considera antiapoptótica. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre estos inmunomarcadores y la recurrencia de esta neoplasia, además de analizar su expresión en los tumores primarios y recurrentes, así como la positividad en los bordes quirúrgicos.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Estudio retrospectivo de casos y controles en pacientes con carcinoma basocelular con (casos) y sin recurrencias (controles) demostradas durante el período 2010-2012 en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" (San Luis Potosí, México). Para su estudio se evaluó el porcentaje e intensidad de expresión de Ki-67 y COX-2, así como la relación entre estos con el tumor primario, la neoplasia recurrente y los bordes quirúrgicos positivos.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se estudiaron 25 casos y 25 controles (grupos pareados por sexo y edad). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas de Ki67 y COX-2 entre casos y controles (Ki-67,  $p=0.008$ ; COX-2,  $p=0.01$ ), con presentación de estos marcadores inversamente proporcional en los recurrentes, contrario a la relación entre tumores primarios, recurrencias y bordes quirúrgicos positivos para neoplasia, en los que no se encontraron diferencias significativas.

## Discusión y Conclusiones:

Se demuestra la utilidad del marcador Ki-67 como un posible factor pronóstico y el COX-2 como un posible factor protector para la recurrencia del carcinoma basocelular. Estos hallazgos abren una amplia gama de oportunidades en cuanto a la conducta terapéutica y el protocolo de estudio histopatológico del carcinoma basocelular.

## Bibliografía:

Cuevas MV; Expresión de CD34, Ki-67, p53 y AE1/AE3 en carcinoma basocelular sólido y adenoideo; Derm Rev Mex. 2016;60(4):311-318  
2. El-Khalawany MA; Role of COX-2, Ezrin and Matrix metalloproteinase-9 as predictive markers for recurrence of basal cell carcinoma. J Can Res Ther 2013;9(4):613-7

Categoría del resumen:

**Dermatopatología. Clave: D2**

Título:

**Hemangioendotelioma epitelioides de la piel. Presentación atípica y agresiva de una neoplasia maligna poco frecuente.**

Autor o autores:

**Dr. Mario Murguía Pérez, Dra. Sandra Zynzya Enríquez Brena, Dra. Yunuen Ibiza García Mendoza, Dr. Lázaro Ramírez Balderrama, Dr. Saulo Mendoza Ramírez, Dr. Edgardo Gómez Torres**

Institución o instituciones:

**UMAE N° 1 Hospital de Especialidades CMN Bajío IMSS, Laboratorio de Anatomía Patológica Especializada DIME, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", DIAGNÓSTICO Certeza Inmediata**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Sandra Zynzya Enríquez Brena**

## Introducción y Objetivos:

El hemangioendotelioma epitelioides (HEE) es un tumor poco frecuente, de etiología desconocida

de origen vascular y de malignidad intermedia. Fue descrito por Weiss y Enzinger en 1982. Suele presentarse en adultos menores de 40 años la mayoría de las veces asintomáticos constituyendo un hallazgo radiológico fortuito en el 50% de los casos.

Son tumores relativamente pequeños, circunscritos, localizados en hígado, pulmón, partes blandas, y raramente en piel.

Dada la agresividad intermedia que tienen estos tumores, muchos pacientes están asintomáticos hasta fases avanzadas de la enfermedad.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 41 años. Sin antecedentes personales patológicos de importancia. Inició en marzo de 2018 con dermatosis localizada en cara anterior de muslo izquierdo, aprox. 10 cm de diámetro, con presencia de eritema, no dolorosa. Fue tratado inicialmente con esteroide tópico, sin mejoría. La lesión presentó diseminación al muslo izquierdo y abdomen inferior izquierdo, con formación de placa indurada edematosa, con bordes difusos, dolorosa, con áreas equimóticas y algunas con aspecto vesículoampollosos. Se tomaron 3 biopsias de piel, con diagnósticos variados, desde pénfigo foliáceo, linfoma y tumor de anexos cutáneos. Ingresa a nuestra unidad para valoración por comité de tumores oncológicos y se realizó nueva biopsia para valoración por nuestro servicio.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Histológicamente se observó en dermis superficial y profunda una neoplasia maligna con morfología epitelioides, organizado en nidos y láminas, caracterizada por células poligonales o redondas de abundante citoplasma eosinófilo pálido, con vacuolas y núcleos grandes, vesiculosos, con nucléolo prominente, en varias de las células se evidenciaron eritrocitos intracitoplasmáticos, y se visualizaron dentro de los vasos

linfáticos y sanguíneos. La actividad mitótica fue escasa. Se realizó batería extensa de inmunohistoquímica, con positividad para citoqueratina 7, CD31, FLI-1, FVIII, D2-40, trombosmodulina y antígeno de membrana epitelial;

además, se descartaron metástasis de carcinoma de mama, tubo digestivo, pulmón, riñón y tumores neurogénicos. Con lo anterior, se concluyó como HEE.

### Discusión y Conclusiones:

El HEE es un tumor angiocéntrico, derivado de las células endoteliales, que muestran un aspecto epitelioide, caracterizadas por su forma redondeada o poligonal con abundante citoplasma eosinófilo y presencia de pequeñas luces intracelulares que ocasionalmente contienen eritrocitos. Con microscopía electrónica muestra características de endotelio y se pueden encontrar cuerpos de Weibel-Palade en el citoplasma. La mayoría de los tumores presentan escasa actividad mitótica, pero algunos muestran leve atipia o más de una mitosis / 10 CGA, hechos que están asociados a peor pronóstico. Suelen presentar un curso lento con crecimiento progresivo y aparición de nuevas lesiones, pero no metastatizan. Tienen una supervivencia media de 20 años. La malignidad intermedia de estos tumores hace difícil recomendar un tratamiento y apenas hay referencias en la literatura debido a su muy baja frecuencia.

### Bibliografía:

Hernández Pérez M, Paniz Mondolfi A. Heman-gioendotelioma epitelioide. Dermatol Venez. 2013; 51(2): 62-65.

Categoría del resumen:

**Dermatopatología. Clave: D3**

Título:

**Melanoma asociado a nevo melanocítico congénito: presentación de un caso.**

Autor o autores:

**Dra. Erika Daniela Romero Meza, Dra. Elsa Acosta Jiménez, Dra. Martha Leticia Palafox Vargas, Dra. Fernanda Alicia Baldeón Figueroa**

Institución o instituciones:

**Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Erika Daniela Romero Meza**

### Introducción y Objetivos:

El melanoma maligno es un tumor raro durante la infancia, representa el 0.9 % de todas las neoplasias pediátricas. El nevo melanocítico congénito se define clínicamente como una lesión melanocítica presente desde el nacimiento, normalmente afecta al tronco, las extremidades proximales y el cuello. El riesgo para desarrollar melanoma a partir de un nevo melanocítico congénito es proporcional al tamaño del nevo y varía de 2.6 a 4.9% para los nevos pequeños y del 6 al 20% para nevos gigantes. Hasta el 95% de los nevos melanocíticos congénitos albergan mutaciones NRAS.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se trata de paciente femenino de 5 años con nevo gigante congénito en tórax anterior, tórax posterior, antebrazo izquierdo y lesiones satélite múltiples, presentó una lesión nodular, exofítica, café oscuro, ulcerada de 10 x 8.5 cm en región interescapular derecha, se realizó diagnóstico de Melanoma maligno; se dio quimioterapia con respuesta adecuada. A los 7 años se diagnosticaron metástasis de melanoma maligno a ganglios axilares y mediastino, tratados con segunda línea de quimioterapia, actualmente la paciente tiene 13 años sin actividad tumoral.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Los hallazgos histopatológicos de la primera pieza quirúrgica que corresponde a piel mostraron



una lesión neoplásica maligna, hiper celular, con crecimiento difuso, células poco diferenciadas, con citoplasma moderado, núcleo de redondo a oval, algunos hipercromáticos y otros mostrando nucléolo rojo inconspicuo, numerosas mitosis, el estudio de IHQ fue positivo para S-100, HMB45, índice de proliferación celular del 60%. La linfadenectomía axilar izquierda, mostró las mismas características, confirmando metástasis de melanoma maligno a ganglios axilares y mediastino.

### Discusión y Conclusiones:

El melanoma maligno asociado con un nevo melanocítico congénito es raro. Los resultados se han relacionado con la etapa en el momento del diagnóstico, pero no se han identificado factores pronósticos patológicos adicionales. El evento genético más frecuente en los nevos congénitos gigantes son las mutaciones NRAS. Para mejorar el pronóstico y los resultados de la enfermedad, los niños con nevo melanocítico congénito deben incluirse en un estudio de seguimiento sistémico desde el nacimiento.

### Bibliografía:

Belysheva T, Vishnevskaya Y, Nasedkina T, Emelyanova M, Abramo I y cols. Melanoma arising in a Giant congenital melanocytic nevus: two case reports. Diagnostic Patholog. 2019.14-21.

Categoría del resumen:

**Patología de Hígado, Páncreas y Vías Biliares.**

**Clave: HP1**

Título:

**Carcinoma indiferenciado con células gigantes de tipo osteoclasto, asociado a Neoplasia quística mucinosa de páncreas.**

**Autor o autores:**

**Fabián Hernández Karla Saraí, Gutiérrez De la Vega Diana, Rosas Sierra Luis Alfonso, León Duarte Irma Leticia.**

Institución o instituciones:

**IMSS HGZ N. 14**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Karla Saraí Fabián Hernández**

### Introducción y Objetivos:

El carcinoma indiferenciado con células gigantes de tipo osteoclasto del páncreas es muy inusual existiendo pocos casos reportados. Forma parte de los tipos de tumores pancreáticos exocrinos menos comunes. Esta patología representa menos del 1% de todas las neoplasias malignas pancreáticas y fue descrita por primera vez por Rosai. Se caracteriza por poseer dos poblaciones celulares: células epiteliales mononucleares polimorfos indiferenciadas y células gigantes multinucleadas benignas. Las características clínicopatológicas, de imagen y la apariencia tomográfica no están bien definidas.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenino de 37 años, quien comienza su padecimiento 6 meses antes de la intervención quirúrgica, con epigastralgia y pérdida de peso no cuantificada, sin aparentes antecedentes de importancia. Presenta agudización de su cuadro clínico, por lo que acude a la unidad hospitalaria ya citada, realizándose historia clínica además de estudios de imagen (TAC), reportando esta última un tumor quístico localizado en cabeza de páncreas compatible con un Cistadenoma mucinoso. Previo protocolo quirúrgico se realiza pancreatometomía parcial y esplenectomía, enviándose al laboratorio de Anatomía patológica.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El estudio microscópico reveló una neoplasia quística de estirpe epitelial y mesenquimal, conformada por una pared de tejido fibroconectivo recubierta por epitelio de tipo intestinal, cuya celularidad va desde atipia de bajo grado a alto grado, con lagos de mucina inmersos, presentando escasas zonas de invasión estromal. La lesión sólida del tumor corresponde a una población

celular pleomórfica dispuesta en sábanas, alternando con estructuras fusocelulares cuyos núcleos son ovales a elongados, con cromatina vesicular y nucléolo prominente, además de mitosis anómalas y necrosis con hemorragia inmersos, así como abundantes células gigantes de tipo osteoclasto dispersas. El bazo no exhibe alteraciones histopatológicas relevantes. Se realizaron estudios de inmunohistoquímica complementarios, los cuales apoyaron el diagnóstico histopatológico previamente citado.

### Discusión y Conclusiones:

El diagnóstico diferencial de esta patología incluye lesiones quísticas, como los carcinomas pancreáticos ductales o tumores neuroendocrinos. No se cuenta actualmente con información específica sobre el curso clínico o pautas para el manejo de esta patología, sin embargo, la radioterapia ha sido aplicada como base a la radio sensibilidad de los tumores de células gigantes óseos. El origen histológico de este carcinoma es un tema de controversia pues algunos estudios, mediante microscopia electrónica, indican que se origina de tejidos mesenquimales. Otros autores sugieren que dicho tumor surge de un precursor de células pluripotenciales las cuales tienen la capacidad de diferenciarse en fenotipos específicos. Actualmente, las pautas sobre el manejo y pronóstico no están claro, sin embargo, se reconoce un pronóstico pobre con la muerte del paciente a los pocos meses del diagnóstico.

### Bibliografía:

Tratamiento del cáncer de páncreas. Instituto Nacional del Cáncer, 2019. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/pancreas/pro/tratamiento-pancreas-pdq>. 2.- Pathology outlines: Pancreas Exocrine tumors carcinomas Undifferentiated carcinoma with osteoclast-like giant cells.

Categoría del resumen:

**Patología de Hígado, Páncreas y Vías Biliares.**

**Clave: HP2**

Título:

**Hepatitis por Virus de Epstein Barr Simulado Hepatitis Autoinmune en Caso Pediátrico.**

Autor o autores:

**Dra. Laura Mestre Orozco, Dra. Rosa Maria Vicuña Gonzalez**

Institución o instituciones:

**Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Laura Mestre Orozco**

### Introducción y Objetivos:

Definir la etiología de hepatitis por medio de microscopia óptica es un verdadero reto. Los datos histológicos de cada etiología se superponen unas con otras y a falta de historia clínica es muy fácil cometer un error diagnóstico. El caso expuesto tiene como objetivo ejemplificar el reto diagnóstico que suponen las hepatitis en cuanto a definir la etiología y la importancia de conocer a profundidad los datos clínicos del paciente y trabajar de la mano con el médico tratante. De esta manera podemos llegar a un diagnóstico más certero.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenina de 13 años, con diagnóstico de hepatitis crónica, tinte icterico, persistente elevación de transaminasas e IgG. Posterior a resultados de biopsia hepática se realizan los anticuerpos: ANA, SMA anti-LKM1, anti-LC1; que son negativos. En base al sistema de diagnóstico del grupo internacional de hepatitis autoinmune se obtuvo la siguiente puntuación: por ser femenina 2 puntos, IgG elevada más de 2 veces 3 puntos, no ingesta de alcohol 2, hepatitis de interfase 3, suma de 10 puntos y diagnóstico de probable hepatitis autoinmune. El tejido hepático fue positivo por PCR a genoma de virus de Epstein Barr, restando 3 puntos, además los marcadores serológicos fueron negativos para hepatitis au-



toimmune por lo que se hizo el diagnóstico de Hepatitis por Virus de Epstein Barr.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se evalúa biopsia hepática por trucut utilizando el grado y estadio de Sheuer. Se da un grado A4 por hepatitis de interfase severa con densos infiltrados portales, compuestos por células plasmáticas y eosinófilos. Por actividad lobular es B2 por hepatocitos con necrosis, apoptosis y necrosis centrolobulillar. En estadio con puntuación de 4 por cirrosis definitiva, el 75% de la biopsia tiene fibrosis con nódulos de regeneración. Se sugiere a los médicos tratantes descartar hepatitis autoinmune ya que varios datos histológicos concuerdan con esta entidad, pero no son patognomónicos.

### Discusión y Conclusiones:

Los datos histológicos de hepatitis autoinmune y hepatitis por virus Epstein Barr se superponen en este caso.

Llegando a ser prácticamente imposible distinguir entre ambas. La hepatitis autoinmune tiene marcada actividad en la interfase y lesión lobulillar, las células plasmáticas pueden ser prominentes, pero no son una característica constante. Las hepatitis por virus de Epstein Barr tienen infiltrados linfocíticos sinusoidales difusos con patrón en fila india, aunque el infiltrado inflamatorio suele ser compuesto en su mayoría por linfocitos, no es inusual que sea compuesto por células plasmáticas o eosinófilos. Está claro que la morfología de cualquiera de estas entidades no es constante. Los datos clínicos y de laboratorio son fundamentales para establecer el diagnóstico preciso.

### Bibliografía:

Johnson PJ, McFarlane IG. Meeting report: International Autoimmune Hepatitis Group. *Hepatology* 1993; 18:998. Manns MP, Czaja AJ, Gorham

JD, et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2010;51:2193

Categoría del resumen:

**Patología de Hígado, Páncreas y Vías Biliares. Clave: HP3**

Título:

**Adenomioma de Ampulla de Vater: reporte de un caso.**

Autor o autores:

**Dra. Alejandra Mantilla Morales, Dra. María de los Angeles Macías Clavijo, Dra. Elsa Acosta Jiménez, Dr. Eduardo Daniel Rodríguez García.**

Institución o instituciones:

**Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional "La Raza", Dr. Antonio Fraga Mouret, Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Eduardo Daniel Rodríguez García**

### Introducción y Objetivos:

El Adenomioma de Ampulla de Vater es una lesión benigna rara del tracto gastrointestinal, se ha observado.

a diferentes niveles del tracto biliar, aunque el sitio de presentación más común es la vesícula biliar. Según la clasificación de la OMS, el adenomioma se define como una proliferación de estructuras semejantes a ductos

acompañadas de hiperplasia de células musculares lisas. Su incidencia varía entre 1 y 33 %, con una proporción similar entre hombres y mujeres, y la edad de máxima incidencia es alrededor de los 50 años.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se trata de paciente masculino de 53 años con pérdida ponderal no especificada, se le realizó CPRE por colestasis, encontrando vías bilia-

res intrahepáticas dilatadas, disminución del calibre a nivel de colédoco, se toma biopsia diagnosticando Colangiocarcinoma. Se realiza Wipple, sin evidencia macroscópica de tumor. El paciente evolucionó de manera torpida, presentó elevación de marcadores tumorales. Por lo que se recibieron en el servicio de Patología las laminillas para su revisión.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El aspecto histológico del espécimen analizado se caracteriza por múltiples lóbulos de glándulas, localizados principalmente en las capas musculares del ámpula duodenal, dando una apariencia de infiltración, sin desmoplasia en el estroma adyacente, a a mayor aumento las glándulas conservan la morfología benigna del epitelio, con núcleos a la base, de redondos a ovals, con cromatina finamente granular, sin datos de atipia ni mitosis.

### Discusión y Conclusiones:

La histogénesis de los adenomas sigue siendo incierto. La hipótesis más ampliamente aceptada es que estas lesiones pueden representar una forma de páncreas heterotópico incompleto. El diagnóstico debe ser multidisciplinario involucrando técnicas de imagen y estudio histopatológico, se pueden utilizar para ello tinciones de inmunohistoquímica como CK7, CK20 y un +índice de proliferación celular bajo.

### Bibliografía:

Choi Y, Kim M, Han J, Yoon S y cols. Clinical, Pathological, and Immunohistochemical Features of Adenomyoma in the Ampulla of Vater. Korean J Gastroenterol. 62-352-358.

Categoría del resumen:

**Patología de Hígado, Páncreas y Vías Biliares.**

**Clave: HP4**

Título:

**Hamartoma mesenquimal hepático.**

Autor o autores:

**Dr. Fernando Romero Simon, Dr. Cesar Iván Peña Ruelas, Dra. Erika Karina Pérez Torres, Dra. Julia Oliva de Leija Portilla, Dr. Edmundo Erbey Castelán Maldonado**

Institución o instituciones:

**UMAE Hospital de Especialidades N° 25 del IMSS. Monterrey, Nuevo León.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Fernando Romero Simon**

### Introducción y Objetivos:

El hamartoma mesenquimal representa el segundo tumor hepático benigno más frecuente en niños menores de dos años. La incidencia es de 0.7 casos por millón de habitantes. El primer caso se reportó por Edmondson en 1956. Actualmente la teoría más aceptada en su patogenia es el desarrollo mesenquimal aberrante en el tracto portal.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Pediátrico de un año que inició padecimiento con disminución de la ingesta de alimento, evacuaciones diarreicas e incremento de volumen abdominal. Los estudios de laboratorio mostraron alfa feto proteína (297 ng/mL); PFH en límites normales. El ultrasonido mostró hígado con imagen en segmentos IV al VIII, ovalada de bordes bien definidos, heterogénea con múltiples espacios quísticos en su interior; tras la aplicación de Doppler color no se observó flujo interno. La resonancia magnética mostró lesión intraparenquimatosa de 15 x 13 x 8 cm, expansiva, contenido heterogéneo con múltiples imágenes de comportamiento quístico (hiperintensas en T2 e hipointensas en T1); posterior a la administración de Gadobutrol se observó discreto realce de los septos. Se realizó biopsia percutánea.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El estudio histopatológico evidenció una neoplasia conformada por componentes epiteliales, mesenquimales y hepatocitos de aspecto maduro. Los ductos biliares se observaron irregulares, sin atipia, inmersos en un estroma laxo a denso, con estructuras vasculares congestivas de mediano tamaño; además se identificaron islas y cordones de hepatocitos sin atipia. El estudio de inmunohistoquímica mostró positividad para vimentina, desmina, CK7 y Heppar-1.

### Discusión y Conclusiones:

Las manifestaciones clínicas e imagenológicas son típicamente inespecíficas. El diagnóstico suele retrasarse hasta que la distensión abdominal es evidente o cuando existen efectos compresivos en los órganos adyacentes. Los estudios de laboratorio suelen encontrarse en límites normales; sin embargo, en algunos casos se ha evidenciado la elevación de alfa feto proteína. Generalmente se presenta como una neoplasia solitaria grande con componente variable de áreas sólidas y quísticas; el 75% de los casos se localizan en el lóbulo derecho. El tratamiento óptimo es la escisión quirúrgica completa debido al riesgo de recurrencia y transformación maligna.

### Bibliografía:

Demellawy DE et al. Atypical Hepatic Mesenchymal Hamartoma: Histologic Appearance, Immunophenotype, and Molecular Findings. *Pediatrics and Developmental Pathology* 2018; 1-5. -Muhammad RK et al. Mesenchymal Hamartoma in Children: A diagnostic Challenge. *Case Reports in Pediatrics* 2019; 1-3.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP1**

Título:

**Polidactilia postaxial bilateral con fenotipo b izquierdo: una posible evidencia para la**

**teoría de la amputación in útero de los dedos supernumerarios.**

Autores:

**Rubén Darío Pérez Velásquez, Sonia Omaña Hernández**

Institución o instituciones:

**Servicio de Patología del Hospital Del Niño DIF, Hidalgo. Servicio de Patología del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Rubén Darío Pérez Velásquez**

### Introducción y Objetivos:

La polidactilia postaxial es una malformación relativamente frecuente caracterizada por la presencia de un dedo adicional en el lado ulnar de la mano. Se clasifica en dos tipos, el A con un dedo extra bien formado, articulado con el quinto o sexto metacarpiano y el B con un dedo extra rudimentario.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos el caso de un niño de 14 días de vida con presencia al nacimiento de lesión exofítica en mano izquierda de 2 cm, pediculada, color rojo vinoso, con impresión clínica de hemangioma, localizada en cara lateral de quinto dedo y palma; en la mano derecha lesión exofítica de 3 mm, color café claro, en base del quinto dedo, sólida y polipoide. Se realiza resección quirúrgica ambulatoria de la lesión izquierda y es valorada por cirugía plástica 4 días posteriores con diagnóstico de remanentes de polidactilia.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El examen histopatológico con hematoxilina y eosina mostró dedo supernumerario con componente esquelético, necrosis y cambios regresivos, que podrían apoyar la teoría que propone la amputación in útero de dedos accesorios en los casos del tipo B. El caso que presentamos

es una forma inusual de polidactilia postaxial bilateral, con fenotipo A del lado derecho y B del izquierdo.

### Discusión y Conclusiones:

La presencia de polidactilia en el neonato debe incluir el estudio histopatológico de los dedos supernumerarios

para establecer, en el caso de los dedos rudimentarios, hallazgos que permitan establecer el fenotipo ya que, como se describe en la literatura, una de las teorías más aceptadas propone la amputación intrauterina de los mismos.

### Bibliografía:

HAND. 2011; 6: 102-105 2. The Journal of Dermatology 1994; 21:54-56. 3. The Journal of Hand Surgery. 1985; 10: 382-385

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP2**

Título:

**Secuestro pulmonar extralobar abdominal en un recién nacido con diagnóstico prenatal de tumor suprarrenal.**

Autor o autores:

**Rubén Darío Pérez Velásquez, Sonia Omaña Hernández**

Institución o instituciones:

**Servicio de Patología del Hospital Del Niño DIF, Hidalgo.**

**Servicio de Patología del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Rubén Darío Pérez Velásquez**

### Introducción y Objetivos:

El secuestro pulmonar extralobar es una lesión malformativa constituida por parénquima pulmonar separado del pulmón normal. Ocurre en 15 a 25 % de casos de los secuestros pulmonares.

Su localización más frecuente es intra-torácica y usualmente del lado izquierdo. Únicamente del 10 al 15 % se encuentran por debajo del diafragma, en el área suprarrenal y asociada a otras malformaciones congénitas hasta en 50 % de los casos. Su diagnóstico diferencial por imagen comprende neuroblastoma suprarrenal, teratoma, duplicación del intestino anterior y nefroma mesoblástico, principalmente.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos el caso de un recién nacido masculino de 11 días de edad con diagnóstico por ultrasonido prenatal de tumor suprarrenal izquierdo, hijo de madre 26 años y padre de 28 años sanos, con amenaza de parto pretérmino a las 35 semanas de gestación por infección urinaria materna, obtenido a las 37 semanas por vía abdominal por falta de progresión del trabajo de parto, con peso y talla adecuados para la edad gestacional y Apagar de 9/9. Se envía al Hospital del Niño DIF para valoración por cirugía oncológica quien realiza adrenalectomía izquierda por tumor suprarrenal de 3x5 cm con diagnóstico preoperatorio de probable neuroblastoma suprarrenal.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En el servicio de patología recibimos pieza de 8 g, constituida por glándula suprarrenal de 3x1.5x0.5 cm, café

amarillenta, integra, con nódulo unido por tejido adiposo, que mide 2.6x2x2 cm, con superficie lisa, café grisáceo, al corte es sólido quístico, café claro, de aspecto esponjoso, y al examen histológico mostró morfología bronquiolar y alveolar, además de características de malformación pulmonar congénita de la vía área tipo 2, variante displasia rabiomiomatosa, descrita hasta en el 50 % de los secuestros extralobares. La glándula suprarrenal con hemorragia reciente y sin células neoplásicas.

## Discusión y Conclusiones:

El secuestro pulmonar extralobar de localización abdominal o infradiaphragmática es una malformación congénita extremadamente rara que se diagnóstica de manera definitiva con el estudio histopatológico y cuyo

diagnóstico diferencial por estudios de imagen, inclusive en la etapa prenatal, considera tumores como el neuroblastoma, con implicaciones clínicas totalmente distintas para el paciente.

## Bibliografía:

J Pediatr Surg. 2006;41:1309---12. 2. Pediatr Surg Int.1997;12:529---31. 3. Pediatr SurgInt. 2005;21:841-2.

J Pediatr Surg.2007;42:1627-9. 5. Pediatr Dev Pathol 1999;2: 454-463.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP3**

Título:

**Tumor de Wilms extrarrenal: Presentación de dos casos.**

Autor o autores:

**Dr. José Rodrigo Alcántara Dzib, 2. Dra. Alicia Georgina Siordia Reyes.**

Institución o instituciones:

**UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. José Rodrigo Alcántara Dzib**

## Introducción y Objetivos:

El tumor de Wilms o nefroblastoma es uno de los tumores sólidos más frecuentes que se presentan en edad pediátrica. El nefroblastoma extrarrenal fue descrito por primera vez en 1961 por Moyson, la histología es fundamental para establecer el diagnóstico con apoyo de tinciones

de inmunohistoquímica. La embriogénesis es un factor fundamental para el desarrollo de este tipo de neoplasia extrarrenal, la tasa estimada de aparición es de casi 0,5 a 1% de todos los casos de tumor de Wilms. En el 60% de los casos son pacientes menores de 4 años con predominio por el sexo femenino 3: 2.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Caso 1. Paciente masculino de 3 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento actual. Inició padecimiento en febrero de 2018 con detección de tumor localizado en región inguinal izquierda, en abril de 2018 se programa resección quirúrgica.

Caso 2. Paciente femenino de 13 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento en mayo de 2016 caracterizado por presencia de flujo vaginal de color blanco, fétido. A la exploración física se documenta una lesión ulcerada localizada en cérvix posterior.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Caso 1. Los cortes histológicos mostraron una neoplasia maligna caracterizada por formación de estructuras glomeruloides y túbulos que representaron cerca del 20% del tejido rodeado por componente blastemal (70%) y estromal (10%). Se realizaron tinciones de inmunohistoquímica con los siguientes resultados: citoqueratinas, EMA, INI1, WT1: positivo +++, Ki67 del 80%. Migenina (-), cromogranina (-), CD45 (-), MyoD1 (-), S100 (-), CD99 (-). Dx. Nefroblastoma extrarrenal.

Caso 2. Se identificó pared de útero con infiltración por neoplasia blástica que formaba estructuras glomeruloides y túbulos, alternando con áreas sólidas y otras de apariencia fusocelular. Las tinciones de inmunohistoquímica se reportaron de la siguiente manera: WT1,

Enolasa neurona específica, EMA: positivo +++. Cromogranina (-), CD99 (-), Myo-D1 (-).Dx. Nefroblastoma extrarrenal.

### Discusión y Conclusiones:

La mayoría de los tumores de Wilms extrarrenales ocurren en la primera década de la vida con una ligera preponderancia femenina. El diagnóstico de esta entidad debe reunir los criterios histológicos de una neoplasia caracteriza por presencia de células pequeñas redondas y azules, localizadas de manera extrarrenal, apoyándose con tinciones de inmunohistoquímica. Algunas estructuras genitales con conductos mesonéfricos diferenciados podrían explicar la presencia de restos nefrogénicos ectópicos como precursores de esta entidad en la región inguinal. Los síntomas son inespecíficos y en su mayoría se deben al efecto de masa del tumor. Los sitios de presentación más frecuente son: retroperitoneo, área inguinal, lumbosacra y pélvica, órganos genitales femeninos, mediastino, cordón espermático y región paratesticular.

### Bibliografía:

Apoznanski W, Sawicz K, Palczewski M, Szydełko T. Extrarenal nephroblastoma. Cent European J Urol. 2015;68(2):153-6.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP4**

Título:

**Ependimoma congénito. Presentación de un caso y revisión de la literatura.**

Autor o autores:

**Dra. Fernanda Alicia Baldeón Figueroa, Dra. Martha Leticia Palafox Vargas, Dr. Héctor Ricardo Lara Torres, Dra. Elsa Acosta Jiménez, Dra. Erika Daniela Romero**

Institución o instituciones:

**Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Fernanda Alicia Baldeón Figueroa**

### Introducción y Objetivos:

Los tumores cerebrales congénitos representan el 0.5 – 1.9%. Los ependimomas son relativamente raros en

neonatos representan el 2 al 3 % ocurren en cualquier sitio del SNC, se han realizado estudios genómicos los cuales los han subclasificado según ARNm. En la literatura los casos tienen en común datos de hipertensión intracraneal. Se ha descrito un caso familiar de ependimoma congénito maligno infratentorial en dos hermanos de ascendencia japonesa. La resección quirúrgica se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad operatoria que oscila entre 26% y 33%.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Niña de 11 meses de edad con lesión intraaxial, que ocupa casi la totalidad del hemisferio derecho. Inicia a los 10 meses con datos de hipertensión intracraneal. Referido como lesión intraaxial de hemisferio cerebral derecho, se reciben en formol varios fragmentos irregulares de tejido que miden en conjunto 13x10x4cm son de superficie anfractuosa de color gris oscuro y de consistencia ahulada; al corte son sólidos de color blanco con puntilleo amarillo y con una zona central de necrosis.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Ependimoma congénito

### Discusión y Conclusiones:

El ependimoma congénito es extremadamente raro, por ello es importante estudiar los casos de manera exhaustiva y realizar una colaboración internacional para poder tener series que nos permitan el estudio de la lesión y su alcance genético, para así poder crear estrategias de asesoramiento, diagnóstico prenatal y quizás tratamiento.



## Bibliografía:

<https://doi.org/10.3171/jns.1968.28.2.0162>,  
10.1055/s-0028-1095307, 10.1007/bf00692223,  
<https://doi.org/10.1159/000120195>, 10.1007/  
bf01476280, 10.1007/s003810050127, <https://doi.org/10.1159/000028699> tumores fosa  
posterior OTAYZA <http://dx.doi.org/10.1016/j.wneu.2015.07.027>, 10.4103/2249-4847.161715

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP5**

Título:

**Hemangioma cavernoso intrarraquideo, presentación de un caso y revisión bibliográfica.**

Autor o autores:

**Dra. Fernanda Alicia Baldeón Figueroa, Dra. Mariela Sánchez Claudio, Dra. Elsa Acosta Jiménez, Dr. Daniel Alberto Chávez Nava, Dra. Erika Daniela Romero**

Institución o instituciones:

**Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Fernanda Alicia Baldeón Figueroa**

## Introducción y Objetivos:

Los hemangioma cavernosos son relativamente frecuentes, se clasifican por el tamaño de los vasos, la localización en el canal medular es; extramedular, medular o intradural. Son el 5-7% de los tumores intrarraquideos. Crecen lentamente, desplazan y reemplazan a la médula. La clínica es variable dependiente de localización. Se ha visto un aumento de la incidencia en descendientes mexicanos y se relaciona con síndromes como Von Hippel-Lindau, entre otros. Son sólidos hipo o isoíntenso en T1 e hiperíntenso en T2 con múltiples diagnósticos diferenciales imagenológicos.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Niña de 9 años que inicia su padecimiento con parestesias, disminución de la fuerza en extre-

midades inferiores e incontinencia. Se realizó la resección de la lesión con diagnóstico clínico e imagenológico de probable schwannoma. Referido como lesión intrarraquídea y extradural. Macroscopía, espécimen ovoide que mide 2.5x1.2x1.0cm, ovoide, café violáceo, de bordes bien definidos, delimitados por una fina cápsula. Al corte blanco café oscuro, esponjoso.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Hemangioma Cavernoso intrarraquideo extradural  
Discusión y Conclusiones: Aunque los hemangiomas cavernosos son una lesión muy frecuente, la importancia de este caso es su localización la cual es extremadamente rara, difícil diagnóstico imagenológico y difícil manejo quirúrgico. Es llamativo que en algunos artículos mencionen que la incidencia es mayor en descendientes de mexicanos. Sería interesante determinar si hay alguna alteración genética que predisponga más a la población mexicana y realizar una serie que nos permita comprobar si la incidencia realmente es mayor al resto de grupos étnicos.

## Bibliografía:

<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84879544491&partnerID=40&md5=9d5fcf58ee-9a5708272cef02060a2a79>,  
doi.org/10.23937/2474-3682/1510113,  
DOI: 10.7860/JCDR/2012/4362.2612,  
doi10.1590/0100-3984.2013.0018 doi: 10.1007/  
BF01142674 doi: 10.3340/jkns.2011.49.6.377,  
doi:10.1515/romeneu-2017-0

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP6**

Título:

**Sarcoma renal de células claras: presentación de un caso.**

Autor o autores:

**Dra. Erika Daniela Romero Meza, Dra. Martha Leticia Palafox Vargas, Dra. Elsa Acosta**

**Jimenez, Dra. Fernanda Alicia Baldeón.**

Institución o instituciones:

**Departamento de Anatomía Patológica del Centro Médico Nacional “La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Erika Daniela Romero Meza**

### Introducción y Objetivos:

El Sarcoma de células claras de riñón es una neoplasia rara en frecuencia, suponiendo el 3% de todos los tumores malignos renales de la infancia. Con un pico de incidencia a los 36 meses. Es un tumor de mal pronóstico, con alta incidencia de metástasis, frecuentemente a huesos. Aproximadamente el 10% de los sarcomas presentan translocaciones cromosómicas t(10;17)(q22;p13) con resultado del gen de fusión en YWHAE-FAM22.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenino de 1 año 6 meses que consulta por aumento de volumen en flanco derecho. En la exploración se identificó tumor en fosa renal derecha dependiente de riñón de 10.5 x 9.5 x 7.3 cm, en el estudio ultrasonográfico. En la tomografía se identifica lesión nodular de 7 x 5 mm, localizada en el lóbulo superior de pulmón izquierdo. Posteriormente se realizó la extirpación quirúrgica, correspondiendo la pieza a riñón de 11 x 9.5 x 7 cm, peso de 450 g, con tumor de 9.5 x 7 x 7 cm, sólido, granular con áreas hemorrágicas.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El estudio histológico reveló una neoplasia con patrón de crecimiento en nidos y cordones, separados por septos fibrovasculares arborescentes, las células son monomorfas, con núcleo de redondo a oval, cromatina finamente granular, las células están separadas por material mixoide extracelular que da la apariencia clara al

citoplasma. Los septos fibrovasculares imparten una apariencia en “malla de gallinero” y están formados por grupos de fibroblastos rodeando un capilar central.

### Discusión y Conclusiones:

El sarcoma de células claras es una neoformación con tres componentes principales: células cordonaes, matriz intercelular y células fusiformes de los septos fibrovasculares, con una histogénesis común en células del mesenquima primitivo renal. El aspecto claro de la neoplasia reside fundamental en su matriz intercelular de mucopolisacaridos. Se trata de una neoplasia de mal pronóstico, hoy mejorado por el tratamiento con doxorubicina.

### Bibliografía:

Gooskens S, Furtwangler R, Vujanic G y cols. Clear cellsarcoma of the kidney: A review. European Journal of Cancer. 2012. 28.2219-2226.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP7**

Título:

**Esofagitis por ingestión de cuerpo extraño (pila de reloj) reporte de un caso.**

Autor o autores:

**Dra. Aleida Yazmín González Herrera, Dra. Jazmín Anaís González Mercado**

Institución o instituciones:

**Hospital General Torre Materno Infantil Servicios de Salud de Durango**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Aleida Yazmín González Herrera**

### Introducción y Objetivos:

Las pilas alcalinas son el segundo cuerpo extraño más ingerido en edad de 1 a 3 años, la mayoría de los síntomas imitan infecciones del tracto respiratorio, retrasando el diagnóstico y tratamiento, prolongando así el daño tisular. Las pilas alcali-

nas con tamaño mayor a 20 mm causan daños esofágicos graves, la liberación concentrada de hidróxido de potasio genera un efecto corrosivo, a partir del cual se puede producir mediastinitis o fístula esofagotraqueal.

Objetivos: Describir los cambios histopatológicos por exposición al contenido de las baterías y el daño tisular que provoca.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenino de 2 años con cuadro cínico de 8 días de evolución caracterizado por fiebre no cuantificada, vómitos de contenido gástrico, y con antecedente de acudir en dos ocasiones a otro hospital donde se egresó por mejoría y con diagnóstico de faringitis e infección de vía aérea superior. Acude al servicio de urgencias del hospital materno infantil por fiebre de 38°C, tos productiva, sialorrea e irritabilidad, se egresa con diagnóstico de rinofaringitis. Acude más tarde el mismo día agregándose distensión abdominal, rinorrea hialina y taquipnea, por lo que se solicita radiografía de tórax donde se observa cuerpo extraño en faringe. Se realiza extracción de pila de reloj en el tercio medio del esófago, se reseca segmento de esófago y se repara fístula esofagotraqueal.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibe estructura irregular de tejido que mide 2.0 x 1.0 x 0.8 cm, color café grisáceo, superficie anfractuosa de consistencia moderadamente firme. Herida quirúrgica bien afrontada. Al corte la mucosa conserva sus

pliegues, color café grisáceo con material de aspecto hemático adherido a la superficie. Se incluye completamente en cortes seriados. Al examen microscópico en el tejido examinado se identifica erosión del epitelio plano estratificado no queratinizado con hemorragia reciente de la lámina propia y necrosis licuefactiva que se extiende hasta serosa. Existen zonas focales

con deposición de un material amorfo color café amarillento el cual se encuentra también en el citoplasma de algunos macrófagos, estas zonas se encuentran rodeadas por una reacción inflamatoria aguda y crónica severa.

### Discusión y Conclusiones:

Las lesiones relacionadas con la ingestión de baterías son el resultado de necrosis por presión directa, corrientes eléctricas locales y fugas de álcali. Los signos y síntomas de la batería ingerida están relacionados con la duración de la impactación, tamaño y contenido de la batería, así como por las ondas peristálticas del esófago. Las diferencias en la estructura química de la batería alcalina pueden cambiar la respuesta dada al efecto tóxico. Las sustancias extrañas que se han quedado en el esófago durante un período prolongado pueden producir entre las complicaciones más graves mediastinitis con o sin absceso, fístula esofagotraqueal. Se ha enfatizado que un retraso en el diagnóstico provoca complicaciones más graves. Son necesarios los estudios de imagen apropiados para la identificación de cuerpo extraño impactado en esófago o vía aérea.

### Bibliografía:

Teke H. et al. A Baby Death due to Esophagotra-  
cheal Fistula Created by An Alkaline Battery. Adli  
Tıp Bülteni. 2018; 23(2): 120-122. 2. Marom T.  
et al. Battery ingestion in children. International  
Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 74  
(2010) 849–854.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP8**

Título:

**Trastorno del desarrollo sexual ovotesticu-  
lar. Presentación de un caso con ovotestis  
unilateral.**

Autor o autores:

**Elvira Olivia Bieletto Trejo, Velma Yahel Jasso  
Sosa, Marvin Jazziel Benavides Maruri**

Institución o instituciones:

**Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.  
ISSSTE**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Velma Yahel Jasso Sosa**

### **Introducción y Objetivos:**

La alteración del desarrollo sexual ovotesticular es una patología poco frecuente, caracterizada por la presencia de tejido ovárico y testicular de manera simultánea en un mismo individuo. La incidencia global reportada de las alteraciones del desarrollo sexual es de 1/5,500 recién nacidos, y la alteración del desarrollo sexual ovotesticular representa menos del 3% de estos. Generalmente estos pacientes se presentan con genitales ambiguos al momento del nacimiento y su cariotipo varía, incluyendo 46,XX, 46,XY y formas de mosaicismo.

### **Material y Métodos o Resumen Clínico:**

Paciente de 3 años que al nacimiento detectaron hipospadias perineal y fue enviado a nuestro centro médico para el tratamiento de este. Al realizar la evaluación, se encontró un trastorno de la diferenciación sexual. El paciente presenta genitales externos con falo de 3cm, lado derecho con apariencia labio-escrotal y se palpa testículo hipotrófico, lado izquierdo con apariencia de labio mayor y sin palpar testículo. Se procede a la realización de laparoscopia diagnóstica con toma de biopsias de gónadas, en el que se encontró tejido ovárico y tubárico inmaduros. Cariotipo con resultado 46,XX. SRY negativo. Con estos hallazgos anatómicos y genéticos se decidió llevar a cabo plástica de genitales femeninos junto con resección de gónada labio-escrotal derecha.

### **Resultados y/o Resumen Histopatológico:**

Se recibió en el servicio de Patología, gónada con medidas de 1x0.5cm con cordón espermático.

Histológicamente se observa tejido testicular con túnica albugínea, red testicular y túbulos seminíferos con células espermatogénicas, y también se identifica tejido correspondiente a ovario, constituido por estroma ovárico con folículos primordiales y folículos primarios. El componente testicular corresponde a un 75% del tejido gonadal y el componente ovárico a un 25%. Por lo que se concluye el diagnóstico de ovotestis.

### **Discusión y Conclusiones:**

El desarrollo sexual del feto se lleva a cabo por la interacción de factores cromosómicos, gonadales y hormonales y si hay alteración en alguno de ellos, produce un trastorno del desarrollo sexual. La presencia de tejido testicular y ovárico en un mismo paciente ya sea en la misma gónada o en gónadas separadas, corresponde a la forma menos frecuente de alteraciones del desarrollo sexual. Esta alteración puede ser bilateral, unilateral o alterna. Anatómicamente los pacientes suelen tener genitales externos femeninos o masculinos casi normales, con algunos rasgos de ambigüedad, los más frecuentes son hipospadias, criptorquidia, micropene y que generalmente son el motivo de consulta. Es importante el diagnóstico precoz de estas entidades por las implicaciones médicas, psicológicas y sociales que esta condición conlleva. Así como brindar oportunamente atención médica multidisciplinaria.

### **Bibliografía:**

Jyoti Chouhan, Chu, D, et al. "Ovotestis in Adolescence: Two Case Reports." *Urology*, vol. 105, July 2017. Trastorno de desarrollo sexual 46,XX ovotesticular: presentación de un caso con ovotestes bilateral. (2015). *Revista Española De Endocrinología Pediátrica*.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP9**

Título:

**Nevo lipomatoso superficial en el diagnóstico diferencial de tumores de tejidos blandos congénitos.**

Autor o autores:

**Rubén Darío Pérez Velásquez, Sonia Omaña Hernández**

Institución o instituciones:

**Servicio de Patología del Hospital Del Niño DIF, Hidalgo.**

**Servicio de Patología del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Rubén Darío Pérez Velásquez**

### Introducción y Objetivos:

Los tumores de tejidos blandos congénitos comprenden neoplasias de origen mesenquimal y vascular principalmente. El origen mesenquimal ocurre en alrededor del 10 % de los tumores neonatales. Aproximadamente un tercio de los tumores neonatales de tejidos blandos son diagnosticados histológicamente como malignos. Los más frecuentes son el rabdomiosarcoma, el fibrosarcoma, el tumor neuroectodérmico primitivo y el tumor rabdoide. No obstante, no todas las lesiones tumorales son efectivamente neoplasias.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos el caso de un niño de 2 años de edad sin antecedentes de importancia con un tumor congénito en tejidos blandos de muslo izquierdo, al que se le realizó una biopsia incisional al año de edad en donde se diagnosticó dermatomiofibroma. La madre decide no autorizar la resección quirúrgica de la lesión ya que se le informó que era de naturaleza benigna. Sin embargo, acude al Hospital del Niño DIF debido a que el tumor se ulcera y drena material purulento. Es valorado por cirugía oncológica quien decide la resección quirúrgica amplia de la lesión.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En el servicio de patología se recibe pieza quirúrgica de 80 g, que mide 6x4.5x4.5 cm, redonda, con superficie cubierta por piel café claro, multilobulada, de aspecto cerebroide, al corte es sólida, café amarillento, de aspecto fibroadiposo, con quistes que van de 0.3 a 0.7 cm de diámetro, que contienen material queratinoso o sebáceo. Al examen histológico se observa una lesión hamartomatosa con características morfológicas de nevo lipomatoso superficial con hamartomas quísticos folículo-sebáceos y quistes dermoides.

### Discusión y Conclusiones:

El nevo lipomatoso superficial es un hamartoma cutáneo poco frecuente. Se han descrito dos variantes. La forma clásica, presente al nacimiento o en los primeros 2 años de vida, se caracteriza por múltiples pápulas y nódulos del color de la piel, que a veces coalescen en placas, y se localizan más comúnmente en los glúteos y los muslos. Con frecuencia se asocia con otras proliferaciones hamartomatosas pilosebáceas y anomalías vasculares. Aunque los tumores de tejidos blandos pueden tener una presentación congénita es importante considerar otro tipo de lesiones, como las hamartomatosas, que por el tamaño o aspecto macroscópico pueden simular tumores malignos.

### Bibliografía:

Int J Dermatol 2002; 41: 241–243. 2. J Dermatol 2000; 27: 16–19. 3. JEADV (2005)19: 84–86. 4. Hart Isaacs. Tumors of the Fetus and Infant. An atlas. Second edition.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP10**

Título:

**Hallazgos posmortem y de patología molecular en un feto con malformaciones**

### **múltiples hijo de madre con infección por Zika virus. Presentación de un caso.**

Autor o autores:

**Muñoz Medina JE, Hernández Cueto DD, Monroy Muñoz IE, Márquez Gutiérrez MA, Santacruz Tinoco CE, Alvarado Yaah JE, Rojas Mendoza T, Grajales Muñoz C, González Bonilla CR, Hernández Cueto MA**

Institución o instituciones:

**División de Laboratorios de Vigilancia e Investigación Epidemiológica, CMN La Raza, IMSS. Servicio de Genética, Hospital General CMN La Raza, Departamento de Genética y Genómica Humana, INPER**

Autor que presentará el trabajo:

**Hernández Cueto MA**

### **Introducción y Objetivos:**

Se presentan los hallazgos de autopsia y patología molecular de un feto de 17-18 semanas de gestación producto de tercer embarazo, hijo de madre de 26 años de edad que padeció Zika en la semana 8 de gestación y padre de 27 años con astenoteratozoospermia, ambos originarios y residentes de Oaxaca. Las 2 gestaciones previas de la madre se abortaron espontáneamente en el primer trimestre de gestación.

### **Material y Métodos o Resumen Clínico:**

En ultrasonido en la semana 12 del embarazo se observan múltiples malformaciones: ventriculomegalia bilateral, higroma quístico y alteraciones músculoesqueléticas varias. En la semana 22 por FUR, hubo expulsión espontánea del producto con signos de vitalidad fetal por algunos minutos. Se tomaron muestras de sangre umbilical para cariotipo y PCR en tiempo real para Zika virus. PCR en tiempo real para Zika virus en tejido en fresco de médula espinal, hígado y bazo. Microarreglos de hibridación genómica en tejido fresco de cordón umbilical. En el cuerpo se efectuó

estudio posmortem completo. Inmunohistoquímica (IHA) e Hibridación In Situ (HIS) para la proteína de envoltura de Zika virus en múltiples tejidos procesados histológicamente.

### **Resultados y/o Resumen Histopatológico:**

PCR en tiempo real en sangre de cordón umbilical: detección cuantitativa Zika-virus. Microarreglos de hibridación genómica de cordón umbilical: ganancias en los cromosomas 3, 19 y 21 y tamaño pequeño que va de 1.329 a 42.951 Kb. Aspecto exterior: higroma quístico con turricefalia, implantación baja de pabellones auriculares, alteraciones músculoesqueléticas y escoliosis toraco-lumbar izquierda. Además lisencefalia, dilatación exvacuo de ventrículo derecho, 3o y 4o ventrículo y microoftalmos bilateral de predominio izquierdo, hemorragias recientes y antiguas en cerebelo, mesencéfalo, puente y bulbo raquídeo. Además macroglosia, tórax en quilla e hipoplasia pulmonar. En encéfalo, cerebelo, mesencéfalo, puente, bulbo raquídeo, médula espinal, G. O., placenta y cordón, focos de infiltrado de linfocitos, hemorragias recientes y antiguas, así como calcificaciones, Zika virus por IHQ e HIS.

### **Discusión y Conclusiones:**

Se trata de un feto de 17-18 SDG del sexo masculino con cariotipo normal, múltiples malformaciones genéticas en órganos torácicos, extremidades y cordón umbilical atribuibles a las alteraciones detectadas por microarreglos de hibridación genómica. Los tejidos de Sistema Nervioso Central, globos oculares, placenta y cordón umbilical para Zika virus mediante IHQ e HIS fueron positivas. Estos hallazgos aportan información sobre los daños en el producto de gestación de madres infectadas por Zika virus en el primer trimestre de la gestación, lo cual sugiere una transmisión materno-fetal transplacentaria.



## Bibliografía:

Green C, et al. J Womens Health (Larchmt) 2020 Feb;29(2):139-147 DOI: 10.1089/jwh.2020.8302.

Vieira MADCES, et al. Mem Inst Oswaldo Cruz 2018 Oct29;113(11):e170538 DOI: 10.1590/0074-02760170538. 3.- Brigid CB, et al. J Path: Clin Res January 2018;4:19-25 DOI: 10.1002/cjp2.84.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP11**

Título:

**Tumor primitivo mesenquimatoso de la infancia. Presentación de un caso y revisión de la literatura.**

Autor o autores:

**Dra. Nadia Ibeth Ávalos Jiménez, Dr. José Rodrigo Alcántara Dzib, Dra. Floribel Fernan Cano, Alicia Georgina Siordia Reyes.**

Institución o instituciones:

**UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" CMN Siglo XXI, UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" CMN XXI, IMSS.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Nadia Ibeth Ávalos Jiménez**

## Introducción y Objetivos:

El tumor primitivo mesenquimatoso de la infancia es una neoplasia de tejidos blandos descrita por primera vez en 2006 por Alaggio et al. Es un tumor localmente agresivo que se encuentra en el espectro de enfermedad miofibroblástica, notable por su tendencia a la recurrencia y su alta resistencia a la quimioterapia. Suele presentarse durante el primer año de vida y se caracteriza por una proliferación de células mesenquimatosas primitivas en un distintivo fondo mixoide. Dada la rareza de esta entidad consideramos dar a conocer este caso presente en nuestro hospital.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Niña de 5 meses de edad, producto de la segunda gesta, embarazo normoevolutivo, capurro 39 SDG, Apgar 8/9. Inicia padecimiento en febrero de 2019 al presentar un nódulo en dorso de la lengua que le condicionó disfagia e intolerancia a la vía oral, sin tratamiento previo, es referida al servicio de cirugía maxilofacial, se realiza TC de cráneo con reporte de tumor quístico de 20x30 mm de diámetro localizado en dorso de la lengua de lado derecho, de pared gruesa, bien delimitado que realza al contraste. Se programa para manejo quirúrgico con resección de la lesión.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibe espécimen irregular que midió 3.5x2.0x2.0 cm, superficie gris y anfractuosa. Al corte, se identificaron varios nódulos que midieron de 1.5 a 0.3 cm, café gris de aspecto mixoide, macroscópicamente en contacto con el margen quirúrgico. En los cortes histológicos se observa neoplasia maligna encapsulada, ulcerada en la superficie, con patrón nodular, células fusiformes y zonas microquísticas de contenido mixoide con hasta 5 mitosis por campo a seco fuerte. La inmunomarcación reportó lo siguiente: CD99 y vimentina +++ positivos en células neoplásicas. Calponina, GFAP, S100, AML, MyoD1 negativos.

## Discusión y Conclusiones:

El tumor primitivo mesenquimatoso de la infancia fue inicialmente clasificado como un fibrosarcoma congénito de la infancia (CISF), sin embargo, se enfatizó en su morfología inusual mixoide. Es un tumor localmente agresivo que representa al espectro primitivo de los tumores fibroblásticos- miofibroblásticos. Se han identificado, mutaciones exclusivas que lo distinguen de otros tumores como el fibrosarcoma infantil y sarcomas indiferenciados. La ausencia de t(12;15) con un gen de fusión ETV6-NTRK3

apoya la hipótesis de que se trata de una entidad distinta del CISF.

### Bibliografía:

David W Cuthbertson et al. A Cooperative Approach to Diagnosis of Rare Diseases: Primitive Myxoid Mesenchymal Tumor of Infancy *Annals of Clinical & Laboratory Science*, vol. 44, no. 3, 2014.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP12**

Título:

**Peritonitis meconial: reporte de caso de una entidad perinatal poco frecuente.**

Autor o autores:

**Dra. Jazmín Anaís González Mercado, Dr. Pedro Alberto Velarde Hernández**

Institución o instituciones:

**Hospital General de Durango Torre Materno-infantil, Servicios de Salud de Durango**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Pedro Alberto Velarde Hernández**

### Introducción y Objetivos:

La peritonitis meconial es una rara complicación in utero que afecta a 1 de cada 30,000 nacidos vivos. La proporción por sexo es prácticamente de 1:1. Debido a la perforación por diversas entidades secundarias como íleo meconial, isquemia intestinal, atresia intestinal, enfermedad de Hirschprung, estenosis, vólvulos o puede ser idiopática.

Objetivos: presentar un caso poco frecuente de peritonitis meconial y describir sus características clínico-patológicas.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Masculino de 3 días de vida, producto único de la primera gesta, obtenido por cesárea a las 37 SDG, quien presenta desde el nacimiento

ausencia de evacuaciones intestinales, distensión abdominal y ausencia de ruidos peristálticos, agregándose al segundo día de vida emesis con arcada. Se sospecha clínicamente de atresia intestinal por lo que se realiza laparotomía exploratoria, con hallazgo de atresia intestinal tipo III b de Grosfeld y plastrón extenso de material de aspecto membranoso, consistencia pastosa, color verde amarillento que recubre las asas intestinales y el peritoneo visceral.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En un frasco etiquetado como "Atresia intestinal" de íleon y apéndice, se recibe apéndice cecal de 4.2 x 0.2 cm, superficie lisa, color café, consistencia renitente, al corte se observa luz puntiforme. En el mismo frasco y por separado se reciben dos segmentos de intestino delgado, el mayor mide 4.0x1.0 cm y el menor 2.5x1.0 cm, superficie externa color gris violáceo con zonas de aspecto congestivo, al abrirlo, la mucosa con pérdida de sus pliegues es lisa de color café verdoso con presencia de fecalito. Pared de 0.2 cm.

Al examen histopatológico se observa exudado fibrinoso y microcalcificaciones amorfas sobre la serosa, las cuales se identifican también en la capa muscular, así como edema y depósito difuso de pigmento biliar en la mucosa, estos elementos se encuentran rodeados de extensa reacción inflamatoria crónica granulomatosa de tipo a cuerpo extraño.

### Discusión y Conclusiones:

El meconio es un material estéril que ocasiona una peritonitis aséptica, la intensa reacción inflamatoria lleva a la formación de una densa membrana efectivamente sella el intestino en el sitio de la perforación, sin embargo, parte minoritaria de los casos este sellado no es completo y lleva a una diseminación de la peritonitis aséptica. En la mayor parte de los casos descritos en la literatura, la peritonitis meconial

viene asociada clínicamente a polihidramnios, sufrimiento fetal, distensión o palpación de masa abdominal, por lo que debe de investigarse estos antecedentes, además de describirse asociación con Fibrosis quística por lo que recién nacidos con perforación intestinal espontánea deben de ser cribados para esta enfermedad.

El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es por lo general favorable, aunque depende de la detección temprana de la causa que originó la peritonitis.

### Bibliografía:

Rajendran UD, Govindarajan J, Balakrishnan U, Chadrasekaran A, Amboiran P. Meconium Peritonitis: A Rare Treatable Cause of Non-Immune Hydrops Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019 Nov;22(6):576-580.

Categoría del resumen:

**Patología Pediátrica. Clave: PP13**

Título:

**Detección de la mutación de la histona H3 K27M en gliomas pontinos difusos intrínsecos en edad pediátrica.**

Autor o autores:

**Dr. José Rodrigo Alcántara Dzib, Dra. Alicia Georgina Siordia Reyes, Dr. Javier Enrique López Aguilar**

Institución o instituciones:

**UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", Instituto Mexicano del Seguro Social.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. José Rodrigo Alcántara Dzib.**

### Introducción y Objetivos:

El glioma pontino difuso intrínseco pediátrico H3 K27M mutado es una neoplasia altamente mórbida; debido a que la ubicación anatómica del tumor impide la resección quirúrgica, el diag-

nóstico y tratamiento se basan principalmente en imágenes y análisis de muestras de biopsia. La clasificación de la OMS de 2016 de los tumores de SNC define esta entidad con la mutación de la histona H3 K27M como un glioma grado IV, independientemente de las características histológicas, asociándose con un mal pronóstico clínico, por lo que la detección de la mutación es fundamental para su diagnóstico.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo de los casos diagnosticados como glioma pontino difuso intrínseco H3 K27M mutado por imagen e histología durante el período de Mayo de 2018 a Enero de 2020, en donde se incluyeron a pacientes menores de 17 años de edad de ambos sexos, atendidos en la UMAE HP del CMN Siglo XXI. Se eliminaron aquellos casos en los que no se contaba con material para realizar tinciones de inmunohistoquímica. Se determinaron las características clínicas y epidemiológicas de cada uno de los casos, así como el patrón morfológico, la ubicación, el tiempo de supervivencia posterior al diagnóstico y la inmunexpresión de la histona H3 K27M mutada; para el análisis y presentación de resultados se empleó el programa Microsoft Office Excel 2017.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se incluyeron 17 casos diagnosticados como glioma pontino difuso intrínseco H3 K27M mutado, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: cefalea 52% (n=9), marcha atáxica 41% (n=7), vómito en proyectil 29% (n=5) y parálisis facial 29% (n=5); el 29% de los casos fueron hombres (n=5) y el 71% mujeres (n=12) con una edad promedio de 6 años (1-14 años) al momento del diagnóstico, la ubicación anatómica de todos los casos fue el tallo encefálico (n=17), el patrón morfológico que se observó con H&E fueron: astrocitoma pilocítico 18% (n=3), astrocitoma difuso 46% (n=8), astrocitoma anaplásico

18% (n=3) y glioblastoma 18% (n=3), el tiempo de sobrevida posterior al diagnóstico fue de 12 meses en promedio (5-37 meses); en todos los casos se determinó la mutación H3 K27M por tinción de inmunohistoquímica, resultando positiva en el 100% de los casos (n=17).

### Discusión y Conclusiones:

Los hallazgos de este estudio proporcionan evidencia adicional que la mutación en H3 K27M en los gliomas pontinos difusos intrínsecos pediátricos, detectada mediante IHQ tisular, es un mejor indicador pronóstico que la clasificación histopatológica tumoral tradicional, sin embargo, la clínica y los estudios de imagen siguen siendo fundamentales para el abordaje diagnóstico de esta entidad así como la habilidad del neurocirujano pediatra para obtener las muestras de tejido que ayudan a un mejor abordaje diagnóstico y que en un futuro se puedan ver traducidas en mejores terapias que proporcionen una mayor sobrevida a los pacientes.

### Bibliografía:

Aboian MS, Tong E, Solomon DA, Kline C, Gautam A, Vardapetyan A, et. Al. Diffusion Characteristics of Pediatric Diffuse Midline Gliomas with Histone H3-K27M Mutation Using Apparent Diffusion Coefficient Histogram Analysis. AJNR Am J Neuroradiol. 2019; 40 (11): 1804-10.

Categoría del resumen:

**Patología de Cabeza y Cuello. Clave: CC1**

Título:

**Blastomicosis pulmonar y en piel de cara: reporte de caso.**

Autor o autores:

**Ruiz Vázquez Yamely, Sánchez Valle Andrés, Cano Valdez Ana María, Aldape Barrios Beatriz**

Institución o instituciones:

**Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital General de Salina Cruz, Oaxaca, Instituto Nacional de Cancerología**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Ruiz Vázquez Yamely**

### Introducción y Objetivos:

La blastomicosis es una enfermedad crónica granulomatosa ocasionada por Blastomyces dermatitidis. Generalmente se presenta como una enfermedad respiratoria, pero la afección extrapulmonar puede ocurrir en un 25-30% de los pacientes debido a la diseminación vía hematológica desde los pulmones hasta sitios como la piel, huesos, sistema genitourinario y sistema nervioso central.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Paciente femenino de 43 años originaria de Oaxaca, México, se presenta con úlceras y placas asintomáticas de bordes elevados y superficie verrucosa con zonas excavadas, localizadas en tercio medio e inferior de cara y nariz. Se desconoce el tiempo de evolución.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El análisis histopatológico mostró epitelio escamoso estratificado con hiperplasia pseudoepiteliomatosa e inflamación crónica granulomatosa, con presencia de abundantes células gigantes multinucleadas tipo Langhans y microorganismo esféricos de aproximadamente 12µm, caracterizadas por una doble capa birrefringente y la presencia de levaduras. Se realizaron tinciones especiales PAS, GMS con resultados compatibles para hongos, morfológicamente consistentes con Blastomicosis. La radiográfica torácica mostró afectación pulmonar.

### Discusión y Conclusiones:

En México, de 1898 a 2017 únicamente 6 casos de infección por blastomicosis han sido reportados. Esta infección clínicamente puede ser confundida con neoplasias malignas u otras

infecciones cutáneas más prevalentes en México, como Leishmaniasis, coccidioidomicosis, lepra o entidades más raras como la adiaspiromicosis. El tratamiento de elección para cualquier forma de presentación de la infección incluye Itraconazol 600 mg. Por vía oral durante tres días, seguido de 200-400 mg diarios por 6 a 12 meses. En casos de infección leve se ha reportado remisión espontánea sin necesidad de tratamiento. En el caso presentado después de 3 meses de seguimiento bajo tratamiento hubo involución de las lesiones en piel.

### Bibliografía:

Ortega-Loayza. Cutaneous blastomycosis: a clue to a systemic disease. *Anais brasileiros de dermatologia*, 88(2), 287–289; Woofter MJ1, Cripps DJ, Warner TF. Verrucous plaques on the face. *North American blastomycosis. Arch Dermatol*. 2000 Apr;136(4):547, 550.; Challener D, Disseminated blastomycosis in.

Categoría del resumen:

**Patología de Cabeza y Cuello. Clave: CC2**

Título:

**Carcinoma papilar de tiroides originado en un quiste del conducto tirogloso.**

Autor o autores:

**Dra. Chávez Mercado Leonora\*, C.D. Ramos Nieto José de Jesús\*\*, C.D. Sotelo Gavito Jenny Joselyne\*\***

Institución o instituciones:

**Hospital General De México “Eduardo Liceaga”, Departamento De Patología\* Universidad Nacional Autónoma De México, Departamento De Patología Medicina Bucal Y Maxilofacial.\*\***

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Ramos Nieto José de Jesús**

### Introducción y Objetivos:

El Quiste del Conducto Tirogloso (QCT) es el quiste congénito en cuello más frecuente. En

adultos corresponde al 70% de todos los quistes del cuello y en edad pediátrica es menos frecuente. En la mayoría de los casos se asocia a la presencia de tejido tiroideo ectópico y en éste puede desarrollarse carcinoma en el 1-3% de los casos.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se presenta el caso de una mujer de 18 años con aumento de volumen en la cara anterior del cuello de cuatro años de evolución, no doloroso que posteriormente se lateralizó hacia la derecha. La USG mostró un nódulo tiroideo derecho. Se diagnosticó probable QCT y se llevó a cabo la resección del mismo. El diagnóstico histológico fue de carcinoma papilar de tiroides en lesión quística cervical. Posteriormente se programó para tiroidectomía total y disección de ganglios linfáticos cervicales. El diagnóstico histológico fue de tiroiditis linfocítica focal y metástasis en cuatro de siete ganglios linfáticos cervicales.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Es una lesión más frecuente en adultos con predominio en la cuarta década de la vida y más frecuente en mujeres. En niños se presenta en el 0.3% de los casos. El carcinoma más frecuente es el papilar (90%) pero también pueden presentarse carcinomas foliculares, de células de Hürtle, mixtos y epidermoides. Factores como la edad mayor de 45 años, un diámetro mayor 1.5 cm de la neoplasia, invasión a la pared del quiste, márgenes positivos y enfermedad ganglionar que empeoran el pronóstico de la neoplasia. Existen dos teorías para la formación del carcinoma en el QCT. Una implica enfermedad metastásica de un carcinoma de glándula tiroides al quiste del conducto tirogloso y la otra habla de la formación de novo del carcinoma en el QCT. Ambas son aceptadas aunque en el 33-45% no se encuentra tumor primario en la glándula tiroides.

### Discusión y Conclusiones:

La presentación de carcinoma en un QCT es un evento raro que ocurre en el 1-3% de los casos. Se presenta este caso ya que la asociación de carcinoma de tiroides y quiste de conducto tirogloso no es una asociación frecuente y es más rara aún en la edad pediátrica.

### Bibliografía:

Luna-Ortiz K, Hurtado-López LM, Valderrama-Landaeta JL, Ruiz-Vega A. Thyroglossal duct cyst with papillary carcinoma: what must be done? Thyroid 2004. 2.- Mazzaferri EL. Thyroid cancer in thyroglossal duct remnants: a diagnostic and therapeutic dilemma. Thyroid 2004

Categoría del resumen:

**Patología de Cabeza y Cuello. Clave: CC3**

Título:

**Condromatosis sinovial de articulación temporomandibular. Presentación de un caso.**

Autor o autores:

**AM Sierra-Manchineli, JE Garduño-Mejía, C Miranda-Lozada, AM Cano-Valdez**

Institución o instituciones:

**Centro Médico Adolfo López Mateos, Toluca, Estado de México, Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Nacional de Cancerología**

Autor que presentará el trabajo:

**AM Sierra-Manchineli**

### Introducción y Objetivos:

La condromatosis sinovial (CS) es un proceso reactivo de etiopatogenia incierta que se caracteriza por la formación de múltiples nódulos cartilagosos dentro del espacio articular. El primer caso fue reportado por Ambroise Paré en 1558 y en 1958, Jaffé realizó la descripción histomorfológica. Usualmente afecta articulaciones de las extremidades y su frecuencia en la articulación temporomandibular (ATM) es baja. Según lo reportado en la literatura solo existen

cerca de 80 casos en dicha localización. El objetivo de este trabajo es dar a conocer un caso de CS en ATM.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 59 años, que acudió a consulta con aumento de volumen en región preauricular derecha. Previamente diagnosticada y tratada como un proceso infeccioso sin respuesta al tratamiento. Al interrogatorio no refirió sintomatología asociada. La exploración física no evidenció chasquido, crepitación ni alteración de la función articular. En la tomografía computarizada se observó una imagen hiperdensa de aspecto lobulado rodeando el cóndilo mandibular, de 5.9cm de eje mayor. Se realizó escisión quirúrgica completa de la lesión con diagnóstico presuntivo de condroma. Durante el acto quirúrgico se observó una lesión bien delimitada, encapsulada y móvil, que presentaba un pedículo de fijación hacia el disco articular, de fácil disección.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibieron tres fragmentos de tejido, el primero de 3.4x1x0.9 cm, de aspecto capsular, consistencia blanda, color café y superficie plegada. Los otros dos fragmentos eran de aspecto condroide, el mayor de 4.5x1.7x1cm, irregularmente semilunar, superficie lobulada con áreas granulares café claro con zonas mixoides y consistencia de blanda a firme. El fragmento menor midió 2.4x1.8x1cm, de forma ovoide, superficie lobulada, consistencia dura, color blanco amarillento. Se incluyeron cortes representativos para su procesamiento.

En los cortes histológicos examinados se observó membrana sinovial con hiperplasia de la íntima. En la subíntima presentaba múltiples nódulos compuestos por cartílago hialino maduro. Alternaban áreas hipercelulares con atipia leve de los condrocitos, áreas de osificación y otras



de aspecto mixoide. Con esas características se emitió el diagnóstico de CS.

### Discusión y Conclusiones:

La CS es poco frecuente en la ATM. Suele tener largo tiempo de evolución, con aparición de síntomas como dolor, disfunción y ruido articular. En ocasiones, un aumento de volumen pone de manifiesto la enfermedad. En los estudios de imagen es característica la presencia de áreas de densidad aumentada con adherencia a las superficies auriculares en forma parcial o ausente. El tratamiento es la cirugía conservadora. El caso presentado, coincide con lo reportado en la literatura respecto a los hallazgos de imagen, quirúrgicos y morfológicos. En raras ocasiones, se presenta sin dolor y alteración en la función articular y por la poca frecuencia de esta alteración, no se toma en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales, llevando a un diagnóstico erróneo. Por ello, se puede concluir que es mandatorio realizar correlación clínica, imagenológica y quirúrgica.

### Bibliografía:

Surgical Pathology of the Head and Neck. Volumen 1. Informa Healthcare, EUA. 3ª edición. 2009. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;94:31-8. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2010; 39: 745–755.

Categoría del resumen:

**Patología de Cabeza y Cuello. Clave: CC4**

Título:

**Quiste odontogénico calcificante asociado a odontoma compuesto. Reporte de un caso clínico.**

Autor o autores:

**Norma Michelle Vázquez Dávalos, Marco Visuete Bolaños, Mtra. Carla Monserrat Ramirez Martinez, Mtra. Claudia Patricia Mejía Velazquez.**

Institución o instituciones:

**UNAM**

Autor que presentará el trabajo:

**Norma Michelle Vázquez Dávalos**

### Introducción y Objetivos:

El quiste odontogénico calcificante (COC) es un quiste de desarrollo con origen odontogénico, y constituye el 2% de todos los tumores odontogénicos descritos. Clínicamente, se caracteriza por una inflamación asintomática de crecimiento lento. Puede tener una localización intraósea, o menos frecuente, periférica. La característica microscópica típica de esta lesión es la presencia de variable número de células epiteliales alteradas, sin núcleo, que son llamadas “células fantasmas”. Además, se observa dentina displásica y en ocasiones formación de tejidos mineralizados que semejan un odontoma.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Masculino de 16 años, sin antecedentes patológicos de relevancia el cual presenta aumento de volumen asintomático en región maxilar anterior de lado derecho sin tiempo de evolución específico. Se realiza tomografía axial computarizada en la cual se observa lesión unilocular, bien circunscrita con un halo hiperdenso a tejido duro, la cual presenta un centro hipodenso a tejidos blandos entremezclado con áreas hiperdensas irregulares. Se realiza biopsia excisional de la lesión obteniéndose una pieza quirúrgica la cual se envió a estudio histopatológico.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió espécimen de tejido duro y blando que en conjunto mide 5.5 x 2.5 x 1.2 cm. El tejido duro de forma y superficie irregular, color blanco con café claro y consistencia dura. Se realizó procesamiento histopatológico y en el estudio microscópico se observó una cavidad revestida por

proliferación de células de citoplasma eosinófilo, carentes de núcleo las cuales se disponen en cúmulos, entremezcladas con epitelio odontogénico con apariencia de retículo estrellado, así como formación de dentina displásica. Sostenida por una cápsula de tejido conjuntivo fibroso denso bien vascularizada. Adyacente, se observaron dentículos compuestos por cemento a celular, dentina tubular, matriz del esmalte y papila dental, entremezclados con cemento-dentina.

### Discusión y Conclusiones:

Los COC son lesiones odontogénicas raras. Pueden surgir de restos epiteliales dentro de la mandíbula o la encía. Las controversias y las confusiones siempre han acompañado a esta variedad de lesiones. En 2005 la OMS clasificó a esta entidad como tumor, pero en la nueva revisión en 2017 por consenso se volvió a renombrar dentro de la clasificación de los quistes. En el presente caso se ejemplifica la asociación más común de tumores odontogénicos a quistes odontogénicos calcificantes.

### Bibliografía:

Tuğçenur Uzun. Calcifying odontogenic cyst associated with the impacted third molar: a case report. Pan African Medical Journal. 2019.

Categoría del resumen:

**Patología de Cabeza y Cuello. Clave: CC5**

Título:

**Adenocarcinoma de células claras en trígono retromolar. Diagnóstico diferencial de neoplasias malignas con células claras en cavidad oral. A propósito de un caso.**

Autor o autores:

**Ramos Nieto José de Jesús, Cano Valdez Ana María, Sotelo Gavito Jenny Joselyne, Cruz Tapia Roberto Onner, Portilla Robertson Javier.**

Institución o instituciones:

**Universidad Nacional Autónoma De México, Departamento De Patología Medicina**

**Bucal Y Maxilofacial. Instituto Nacional De Cancerología, Departamento De Patología.**

Autor que presentará el trabajo:

**Ramos Nieto José de Jesús**

### Introducción y Objetivos:

Las neoplasias malignas de células claras son entidades infrecuentes, sin embargo, existe un amplio abanico de lesiones que pueden presentarlas (carcinoma mucoepidermoide, adenocarcinoma sebáceo, metástasis renal, carcinoma de células acinares, oncocítico y mioepitelial). En cuanto a la cavidad oral, la localización de la lesión dicta un parámetro diagnóstico importante, ya que de presentarse de manera central puede sugerir un Carcinoma Odontogénico de Células Claras (COCC), al presentarse en la periferia se presume de un Adenocarcinoma de Células Claras (ACC).

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se trata de paciente masculino de 60 años que cursa con aumento de volumen asintomático en la región retromolar inferior izquierda, con 3 meses de evolución. Imagenológicamente se observa un área radiolúcida en la superficie del cuerpo mandibular. Se realiza toma de biopsia incisional fuera del instituto y se emite un diagnóstico morfológico de carcinoma odontogénico de células claras. Se lleva a cabo el estudio del material de revisión en el instituto, corroborando con pruebas de Histoquímica e Inmunohistoquímica que se trata de un ACC hialinizante, que además por localización se asocia a una glándula salival menor, la edad del paciente está dentro del rango de presentación clásica.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Por medio de tinción de rutina se observan células de mediano tamaño, con amplio citoplasma muy claro con núcleo hiper cromático algunas veces desplazado hacia la periferia; estas células

se organizan en estructuras de apariencia glandular, rodeadas por un tejido conjuntivo denso irregular hialinizado el cual se hace evidente con tinción tricrómica de Masson; posteriormente se realizan tinciones especiales, resultando: PAS+, PASD+, Mucicarmin-, Azul alcian+, del mismo modo se realiza inmunohistoquímica siendo positivo para CK7, negativo para CK19 y pS100. Se emite diagnóstico de adenocarcinoma de células claras variante hialinizante, excluyendo un carcinoma odontogénico de células claras (ambos tienen contenido de glucógeno y la literatura reporta que comparten la mutación del gen WSR1) que no se organiza en un patrón glandular y este resulta negativo para CK7 y positivo para CK19.

### Discusión y Conclusiones:

En la era de la patología a nivel molecular, los hallazgos clínicos, imagenológicos, histopatológicos y con tinciones especiales, siguen teniendo validez, pues se hace evidencia que algunas entidades de estirpes diferentes y comportamientos biológicos sin semejanza pueden presentar alteraciones genéticas similares. Es importante la integración de todos los datos existentes, lo cual deriva en el diagnóstico correcto y repercute en la calidad de vida del paciente; ya que el tratamiento entre un COCC y un ACC es muy distinto debido a sus diferencias en el comportamiento del tumor y pudiendo tener tratamientos más conservadores en los ACC (no se reportan variantes entre el comportamiento del ACC hialinizante y el no hialinizante).

### Bibliografía:

Lai G, Nemolato S, Lecca S, Parodo G. The role of immunohistochemistry in the diagnosis of hyalinizing clear cell carcinoma of the minor salivary gland: A case report. 2008 2.- Weinreb I. Hyalinizing Clear Cell Carcinoma of Salivary Gland: A Review and Update. Head Neck Pathol. 2013.

Categoría del resumen:

**Patología de Cabeza y Cuello. Clave: CC6**

Título:

**Paraganglioma tiroideo asociado a carcinoma papilar de tiroides: A propósito de un caso.**

Autor o autores:

**Dr. Edwards Alejandro Rodríguez Hinojosa, Dra. Valeria Caballero Malacara, Dr. Luis Ángel Ceceñas Falcón, Dra. Oralia Barboza Quintana, Dr. Juan Pablo Flores Guitierrez**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Edwards Rodríguez Hinojosa**

### Introducción y Objetivos:

El paraganglioma tiroideo es un tumor neuroendocrino poco común que constituye menos del 0.1% de las neoplasias de tiroides. Estos tumores surgen de las células paraganglionares, derivadas de la cresta neural del sistema nervioso autónomo. El primer caso descrito se atribuye a Van Miert en 1964, desde entonces cerca de 75 casos han sido reportados. Su asociación con carcinoma papilar es excepcionalmente rara.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Paciente femenino de 64 años, sin antecedentes de relevancia, quien refiere 1 año de evolución con cuadros de hemoptisis ocasional, acompañado de aumento de volumen progresivo de región cervical derecha, y pérdida de 15 kg en dicho periodo. El TAC muestra una tumoración tiroidea infiltrativa hacia la vía aérea, con abundante aporte vascular y drenaje venoso. La broncoscopía muestra una tumoración que protruye en cara anterolateral derecha y que ocluye el 20% de la luz traqueal. Se programa para laringectomía y tiroidectomía.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió la pieza quirúrgica, la cual mostró su arquitectura alterada por aumento de volumen del lóbulo tiroideo derecho, el cual se adhiere a la pared de la laringe. A la sección se observa una tumoración que mide 7.5 cm de diámetro mayor, de color café, de bordes regulares, que infiltra la pared traqueal, además se observó una lesión periférica menor de 1 cm de diámetro, de bordes irregulares, de color blanquecino, calcificada. Las secciones histológicas de la lesión mayor muestran una neoplasia compuesto por células de abundante citoplasma anfófilico, con núcleo oval con cromatina gruesa, las cuales se disponen en nidos entre una trama de vasos capilares, de aspecto organoide. Los marcadores de inmunohistoquímica realizados muestran positividad para cromogranina y para proteína S-100, esta última en las células sustentaculares. TTF-1, Tiroglobulina y Calcitonina resultaron Negativas.

### Discusión y Conclusiones:

El paraganglioma intratiroideo es una neoplasia neuroendocrina poco común, de origen paraganglionar, la cual se presenta en amplio rango de edad, y que muestra fuerte predominancia en el sexo femenino. Clínicamente suele presentarse como un nódulo asintomático de lento crecimiento, que puede acompañarse de síntomas por compresión, como disnea y estridor, y rara vez de hemoptisis. Macroscópicamente son tumores circunscritos y encapsulados, aunque se ha reportado extensión extratiroidea tráquea, laringe y esófago. Histológicamente son tumores que están compuestos por células principales, que se disponen en un patrón alveolar, lobular o zellballen, que son positivas para marcadores neuroendocrinos, s100 en células sustentaculares, y negativos para TTF-1, Tiroglobulina, Calcitonina y PTH. Solo casos esporádicos se han reportado de la coexistencia de ambas neoplasias.

### Bibliografía:

Mishra P, Padhi S, Behera G. Thyroid paraganglioma: A case-based systematic review of literature. J Can Res Ther [Epub ahead of print] [cited 2020 Feb 22]. Available from: <http://www.cancerjournal.net/preprintarticle.asp?id=268779>

Categoría del resumen:

**Patología de Cabeza y Cuello. Clave: CC7**

Título:

**Lesiones híbridas de los maxilares, un reto diagnóstico y reporte de un caso.**

Autor o autores:

**C.D Mora Preciado Sara Ivette, Mtra. Ramírez Martínez Carla Monserrat, Dr. Gaitán Cepeda Luis Alberto, C.M.F Castilla Canseco Hernán, C.M.F Hernández Nava Dayanira Lorelay, Dr Jacinto Alemán Luis Fernando**

Institución o instituciones:

**DEPeI UNAM**

Autor que presentará el trabajo:

**Mora Preciado Sara Ivette**

### Introducción y Objetivos:

Las lesiones híbridas se definen como aquellas que desde el punto de vista histopatológico se encuentran constituidas por elementos de distintas entidades. Dentro de las lesiones híbridas más frecuentes que afectan los huesos maxilares se encuentran las de componente fibro-óseo. El primer caso de este tipo de entidad se reportó en 1993 y consistía en la asociación entre una lesión de células gigantes con un fibroma osificante central. Debido a ello, el objetivo de este trabajo es dar a conocer el primer caso de asociación entre una lesión fibro-ósea con un tumor de origen odontogénico.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Paciente masculino de 7 años, que se presenta a consulta en la especialidad de cirugía maxilofacial debido a un aumento de volumen unilateral,

asintomático, que afectaba el maxilar superior del lado izquierdo, que medía aproximadamente 5 cm de diámetro mayor, sin cambios de color en la mucosa, con 5 años de evolución y de consistencia dura. Refiere biopsia incisional previa con resultado compatible con fibroma cemento-osificante juvenil activo. Debido a ello se decidió realizar hemimaxilectomía. Producto de la intervención y sin referir se recibió pieza quirúrgica que midió 4.6x3.6x2.7 cm.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En la revisión microscópica de la lesión se observó la formación de trabéculas de hueso lamelar con diferentes

grados de mineralización, con ausencia de ribete osteoblástico y retracción de estromal en un patrón similar a caracteres chinos; asociado a la presencia de dentículos compuestos por cemento celular, dentina tubular madura, matriz de esmalte y tejido conjuntivo laxo correspondiente a papila dental. Así mismo, matriz de esmalte, dentina y papila dental dispuestos de manera amorfa y desorganizada. El diagnóstico emitido fue lesión híbrida fibro-ósea compatible con displasia fibrosa asociada a odontoma compuesto-complejo.

### Discusión y Conclusiones:

Las lesiones híbridas de los maxilares son un grupo de trastornos que representan un reto para el clínico, cirujano bucal y máxilofacial, así como para patólogo. Se debe tener siempre en mente que el diagnóstico preciso de las lesiones fibro-óseas de los maxilares se basa en una buena correlación de la historia clínica, los datos radiográficos, los datos quirúrgicos y del estudio histopatológico. El conocimiento de este tipo de lesiones no sólo amplía su cultura con relación a la patología que puede afectar a los huesos maxilares, sino que además le proporciona datos que le permiten entender mejor

a la biología alterada del hueso, en la mayoría de las lesiones presentadas, pudiendo planear y manejar de forma adecuada los tratamientos requeridos. Se debe enfatizar que el trabajo en equipos inter y multidisciplinarios es necesario para el abordaje de dichas lesiones.

### Bibliografía:

Geetha NT, Pattathan RK, Shivakumar HR, Upasi AP. Fibro- osseous lesions vs. central giant cell granuloma: A hybrid lesion. *Ann Maxillofac Surg* 2011; 1(1):70-3. 2. Penfold CN, McCullagh P, Eveson JW, Ramsay A. Giant cell lesions complicating fibro-osseous conditions of jaws. *Int J Oral Maxillofac*.

Categoría del resumen:

**Patología de Cabeza y Cuello. Clave: CC8**

Título:

**Frecuencia de ameloblastomas en población pediátrica durante un periodo de 26 años**

Autor o autores:

**Jeniffer Calderón Neville, Alicia Georgina Siordia Reyes, Fernando Padilla Santamaría**

Institución o instituciones:

**UMAE Pediatría CMNSXXI**

Autor que presentará el trabajo:

**Jeniffer Calderón Neville**

### Introducción y Objetivos:

Los ameloblastomas son neoplasias odontogénicas benignas intraóseas de crecimiento lento, expansivo, recurrentes y deformantes, con incidencia anual de 0.5 casos/1,000,000; distribución geográfica e índice de recurrencia variable (9.4-88.2% y 8.3-21% respectivamente); sin predilección de género; pico de incidencia de la 4ª-5ª década con escasos pediátricos (10-15%). El objetivo fue identificar la frecuencia, describir sus variantes histopatológicas, sus subtipos clínicoimagenológicos y las recurrencias de estos tumores en una población pediátrica en un periodo de 26 años.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se realizó un estudio transversal descriptivo. Se buscaron los tumores odontogénicos en el archivo histórico del servicio de Anatomía Patológica de la UMAE Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI (IMSS) de enero de 1992 a diciembre de 2018, se diferenciaron los primarios y sus recurrencias. Posteriormente se segregaron los tumores ameloblásticos de primera intención y los ameloblastomas en una segunda intención. El criterio de inclusión fue la presencia de diagnóstico histopatológico de ameloblastoma. Se valoraron los datos por medio de estadística descriptiva, se revisaron los datos clínicos y se reclasificaron de acuerdo con la clasificación de la OMS (2017).

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se encontraron 110 casos de tumores odontogénicos primarios de los que correspondieron a tumores ameloblásticos 19 (17.27%) (ameloblastoma=10 [2 asociados a quiste dentífero], fibroma ameloblástico=6, fibrosarcoma ameloblástico=2, carcinoma ameloblástico=1). En los ameloblastomas no se observó predilección por sexo; pico de incidencia de edad de 14 a 16 años; la cirugía mayormente empleada fue la enucleación (n=5), seguida de resección amplia (n=1) y biopsia (n=1); los subtipos clínico-imagológicos encontrados fueron el uniuístico (n=6) y el sólido/multiuístico (n=1); las variantes histológicas observadas fueron folicular (n=5), mixto (n=2), plexiforme (n=2) y desmoplásico (n=1); de los 10 ameloblastomas recurrieron 4, con intervalo de tiempo de 1 mes a 6 años entre el tumor primario y la recurrencia.

### Discusión y Conclusiones:

Los hallazgos de este estudio concordaron con lo descrito en la literatura. Existen pocos estudios enfocados en el tratamiento de estos tumores en edad pediátrica que por su naturaleza, aunado a

las características morfológicas, funcionales y de desarrollo de esta población, el tratamiento más recomendado en la literatura es el conservador VS la resección amplia. Existen pocos estudios mexicanos de tumores odontogénicos con énfasis en ameloblastomas (5; estudió población pediátrica (1), valoraron histología (3) y ninguno valoró el porcentaje de recurrencias). Nuestra investigación nos permitió obtener una base de datos completa de tumores odontogénicos en general y en particular, nos dio una perspectiva clara de estos tumores en nuestra población y es una base sólida para estudios posteriores de este tipo de tumores, desde inmunohistoquímica hasta biología molecular.

### Bibliografía:

El-Naggar A y cols.; WHO classification of Head and Neck Tumors; In Ag Can 2017;4:203-223  
2. Chouinard AF y cols.; Unicystic Ameloblastoma Revisited: Comparison of Massachusetts General Hospital Outcomes With Original Robinson and Martinez Report; J Oral Max Surg. 2017;75:2369-2378

Categoría del resumen:

**Patología de Cabeza y Cuello. Clave: CC9**

Título:

**Sarcoma Alveolar de Partes Blandas (SAPB) primario de Glándula Tiroides.**

Autor o autores:

**Dra. DB Sevilla-Lizcano, Dra. AM Cano-Valdez**

Institución o instituciones:

**Laboratorio de Patología e Inmunohistoquímica "Inmunodiagnostic". Morelia, Mich. Departamento de Patología, Instituto Nacional de Cancerología**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. DB Sevilla-Lizcano**

### Introducción y Objetivos:

El sarcoma alveolar de partes blandas (SAPB) corresponde a menos del 1% de los tumores



malignos de partes blandas. Afecta predominantemente las extremidades inferiores, sin embargo, se ha informado casos en localizaciones poco usuales, como: glándula mamaria, tracto genital femenino, corazón, hígado, pulmón, estómago y vejiga urinaria. En la región de cabeza y cuello las localizaciones más frecuentes son: órbita, lengua y laringe, afectando principalmente a niños. Hasta el momento sólo existe un caso documentado que afecta la glándula tiroides.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 25 años sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Acudió por presentar aumento de volumen en la región anterior del cuello, del lado izquierdo. El ultrasonido reveló la presencia de un tumor de 7cm de eje mayor dependiente del lóbulo izquierdo de la glándula tiroides. En los estudios de extensión no se encontró afectación en otras regiones anatómicas. Se realizó biopsia por aspiración (BAAF) y se programó para hemitiroidectomía izquierda con estudio transoperatorio (ETO). Se reportó como: "Positivo para malignidad", por lo que se completó la tiroidectomía total. Cursó el transoperatorio sin complicaciones. A un año de seguimiento, se encuentra libre de actividad tumoral.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

La BAAF se concluyó como categoría III de Bethesda ("atipia de significado incierto"). Para ETO se recibió producto de hemitiroidectomía izquierda con una lesión nodular mal delimitada, no encapsulada, café claro con zonas de hemorragia de 4x3x3cm. Se informó como: "Positivo para malignidad, a clasificar en cortes definitivos". En los cortes definitivos se observó una neoplasia sólida con células eosinofílicas poco cohesivas dispuestas en patrón "alveolar". Se cuantificaron 10 mitosis en 10 CAP. El tumor afectaba el tejido peritiroideo. Se consideraron

en el diagnóstico diferencial: Carcinoma Medular de Tiroides, Carcinoma Folicular con Células de Hürthle, Paraganglioma y SAPB. Se observaron cristales citoplasmáticos PAS+ resistentes a diastasa. Las células neoplásicas expresaron TFE3 y fueron Citoqueratina-, PAX8-, Calcitonina-, Cromogranina-, Proteína S100-, por lo que se concluyó como SAPB.

### Discusión y Conclusiones:

El SAPB es un sarcoma de alto grado, de histogénesis desconocida que se caracteriza por una translocación

específica der (17) t (X; 17) (p11.2; q25) que produce la fusión ASPCR1-TFE3. El estudio de FISH se corrobora altamente con la expresión de la proteína TFE3 por inmunohistoquímica. En este trabajo presentamos el segundo caso de SAPB de glándula tiroides. A pesar de ser un tumor raro en esta localización, es necesario su reconocimiento, debido a su potencial de metástasis tardías. El diagnóstico requiere, además, la exclusión de que se trate de una neoplasia secundaria, lo cual deberá establecerse en estrecha correlación con los hallazgos clínicos y estudios de imagen.

### Bibliografía:

Whaley RD. Head Neck Pathol. 2019.-Ordóñez NG, Alveolar soft part sarcoma. WHO classification of tumours of soft tissue and bone. Lyon: IARC; 2017.-Cano-Valdez AM, Sevilla-Lizcano DB. Comments on "Alveolar sarcoma of the parapharyngeal space: A case report" Acta Otorrinolaringol Esp. 2017.

Categoría del resumen:

**Oftalmopatología. Clave: O1**

Título:

**Xantogranuloma orbitario unilateral de inicio en el adulto (Unilateral adult-onset xantogranuloma of the orbit) Presentación de un caso.**

Autor o autores:

**Néstor Iván López Torres 1, Guillermo Enrique Juárez López 2, Dafne Tamara Ayala Dávila 3, 4**

Institución o instituciones:

**Neurocirugía, HGR No. 46, IMSS, Gdl, Jal. 2. Anatomía Patológica, GJ Laboratorio de Patología, Gdl, Jal. 3. Anatomía Patológica, HRAEI, SS. Edo. de Méx. 4. Facultad de Medicina, UNAM. CDMX.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dafne Tamara Ayala Dávila**

### Introducción y Objetivos:

La enfermedad xantogranulomatosa orbitaria del adulto es un grupo de entidades poco frecuentes, incluye 4 síndromes clínicos (xantogranuloma -XG- de inicio en el adulto-XG/IA-, XG necrobiótico, asma de inicio en el adulto y XG periocular), así como la enfermedad de Erdheim-Chester. Comparten la histología, proliferación macrofágica xantomatosa, S100/CD1a (-). El XG-IA, el menos frecuente, suele presentarse de forma bilateral y aislada, a diferencia del resto que tienen afectación sistémica. Su identificación es relevante ya que generalmente es autolimitado y no requiere tratamiento agresivo.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 61 años, sin antecedentes de importancia (crónico-degenerativas, cirugías, ni trauma), con epifora y descenso ocular derecho, progresivos, de seis meses de evolución. En la exploración se nota enoftalmo leve, discreta limitación para la abducción con corrección de la cabeza, sin más alteración de los movimientos oculares, ni afectación visual o campimétrica. La RM evidenció lesión nodular bien limitada, expansiva, en la región craneolateral orbitaria, hipointensa en T1, hiperintensa en T2, con realce periférico lineal en fase T1 contrastada. Con diagnóstico de probable meningioma se efectuó resección transcraneana. La lesión de aspecto

fibroxantomatoso y friable erosionó el techo y pared lateral orbitaria. La RM un mes posterior a la cirugía demostró resección total.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El examen histológico denota proliferación epitelioide xantomatosa osteolítica, con abundantes células gigantes multinucleadas, algunas tipo Touton, hemosiderófagos, detritus celulares, depósito de cristales lipídicos, fibrosis y escaso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. No existe atipia, mitosis, necrosis, infiltración eosinofílica, emperiolesis, ni componente meningotelial. El inmunofenotipo (IF) es macrofágico --CD68/CD163/Factor XIIIa (+)--, S100 (-), CD1a/Langerina (-), BRAFV600E\* (-), EMA\*\*

(-), Receptores de progesterona\*\* (-). El estudio del IF incluyó como diagnósticos diferenciales neoplasias histiocíticas tales como enfermedad de Erdheim-Chester -EEC- (\*) y meningioma (\*\*).

### Discusión y Conclusiones:

El diagnóstico de la enfermedad xantogranulomatosa orbitaria-EXGO- del adulto requiere un abordaje sistémico escrupuloso. La búsqueda intencionada de esta lesión, de sencilla histología, y su análisis inmunofenotípico consecuente, puede ser el factor detonante para dicho abordaje. Por otro lado, la clasificación anatomopatológica específica, a veces imposible, tiene impacto en la elección del tratamiento. Para el caso del XG/IA la resección total es el tratamiento de elección, a diferencia del resto de entidades que pueden requerir esteroides, quimio y radioterapia. Además del IF descrito, la batería de Ig's empleados y su marcaje incluye CD21/CD35 (-), así como infiltrado linfocito reactivo CD20, CD3, CD8 (+), BCL-2 (-). De manera contundente podemos excluir el diagnóstico con IF S100 (+) / Factor XIIIa (-). Así como BRAFV600E (+) en el grupo de EXGO es diagnóstico de EEC.

## Bibliografía:

Orbit. 2006 Sep;25(3):221-5. Arch Pathol Lab Med. 2009 Dec;133(12):1994-7. NMC Case Rep J. 2019;6(4):121-124. Br J Ophthalmol. 2006;90(5):602-608. Dermatol Clin. 2015 Jul;33(3):457-63. Mod Pathol. 2018 Apr;31(4):581-597. Exp Mol Pathol. 2019 Dec;111:104320.

Categoría del resumen:

**Oftalmopatología. Clave: O2**

Título:

**Tumor Fibroso Solitario rico en Células Gigantes de la Órbita y Párpado. Presentación de un caso.**

Autor o autores:

**Ivette Hernández Ayuso, Dolores Ríos y Valles Valles, Abelardo A. Rodríguez Reyes, Héctor Abelardo Rodríguez Martínez**

Institución o instituciones:

**Asociación para Evitar la Ceguera en México "Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes", Depto. de Medicina Experimental Facultad de Medicina UNAM, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"**

Autor que presentará el trabajo:

**Ivette Hernández Ayuso**

## Introducción y Objetivos:

El tumor fibroso solitario extrapleural (TFSE) es una neoplasia mesenquimatosa de células fusiformes. Clasificado en 4 subtipos: TFSE fibroso (antes convencional), TFSE celular (antes hemangiopericitoma), TFSE formador de grasa (antes hemangiopericitoma lipomatoso) y TFSE rico en células gigantes (antes angiofibroma de células gigantes). Este último descrito frecuentemente en la órbita, compuesto por células gigantes multinucleadas estromales relacionadas con dilataciones pseudovasculares. Se presenta un caso de TFSE rico en células gigantes orbitario con extensión palpebral.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 43 años con desplazamiento gradual y progresivo del ojo derecho (OD) acompañado de disminución lenta de la visión de 1 año de evolución. A la exploración oftalmológica se encontró proptosis, hipoglobo y exotropía con limitación para la aducción del OD. El párpado superior ipsilateral aumentado de volumen con borramiento del surco palpebral superior. El estudio de imagen (RMN orbitaria) demostró una lesión bien delimitada en el espacio intra y extraconal en continuidad con el párpado superior y el techo de la órbita, lateralización del globo ocular y nervio óptico. Se realizó biopsia con intención excisional de la lesión de órbita, techo y párpado.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

A la inspección macroscópica la lesión orbitaria midió 38x28x27mm, forma ovoide, parcialmente encapsulada, consistencia dura, sólida al corte, superficie homogénea color amarillo grisácea. Microscópicamente compuesta por tejido conectivo fibroso denso, con focos múltiples de células fusiformes cortas, algunas áreas organizadas en patrón hemangiopericitoides. Los vasos sanguíneos interpuestos delineados en patrón similar a astas de ciervo, paredes variablemente hialinizadas, alternando con grandes canales vasculares dilatados e irregulares de paredes delgadas. Con presencia constante de células gigantes multinucleadas neoplásicas, localizadas en el estroma y en proximidad a la cápsula. Los hallazgos en párpado y techo orbitario fueron similares. Se realizó estudio de inmunohistoquímica que confirmó el diagnóstico de TFSE rico en células gigantes.

## Discusión y Conclusiones:

El TFSE rico en células gigantes es un tumor raro que se presenta con relativa frecuencia en la órbita

anterior, conjuntiva y/o párpado. La afección del espacio intraconal / retrobulbar es poco frecuente. En esta localización puede causar disminución de la agudeza visual por compresión y/o enlongación del nervio óptico. El diagnóstico clínico e imagenológico es difícil por lo que se requiere del estudio histopatológico. En el que el reconocimiento morfológico es determinante, apoyado en el perfil característico de inmunohistoquímica, CD34 + (90 – 95%), CD99+ (70%), STAT6 nuclear (98%) para su adecuada clasificación, tratamiento, seguimiento y pronóstico.

### Bibliografía:

Doyle L, et al. Nuclear expression of STAT6 distinguishes solitary fibrous tumor from histologic mimics. *Mod Pathol* 2014 (27) 390–395 Ekin MA, et al. Unusual intraconal localization of orbital giant cell angiofibroma. *Indian J Ophthalmol.* 2018;66(1):160.

Categoría del resumen:

**Oftalmopatología. Clave: O3**

Título:

**Osteoma de la coroides: un tumor intraocular con prevalencia desconocida.**

Autor o autores:

**Rubén Darío Pérez Velásquez, Sonia Omaña Hernández**

Institución o instituciones:

**Servicio de Patología del Hospital Del Niño DIF, Hidalgo. Servicio de Patología del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.**

Autor que presentará el trabajo:

**Rubén Darío Pérez Velásquez**

### Introducción y Objetivos:

El osteoma de la coroides es un tumor benigno infrecuente e idiopático que se caracteriza por la formación de hueso dentro de la coroides y afectación visual grave. Es más frecuente en mujeres jóvenes y localizado en las áreas yuxtapapilares y macular de la coroides. Puede ser bilateral

hasta en 20 % de casos y para su diagnóstico por imagen son de utilidad el ultrasonido y la tomografía. Su prevalencia exacta no se conoce y se confunde con otras lesiones con componente cálcico o metaplásico.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos el caso de un paciente masculino de 60 años de edad con antecedente de carcinoma epidermoide de sitio anatómico no especificado en la historia clínica, con disminución pérdida grave de la visión y enucleación del ojo derecho por el servicio de oftalmología del Hospital General de Pachuca con diagnóstico de tumor intraocular probablemente metastásico.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En el servicio de patología recibimos un globo ocular que midió 2 cm en sus diámetros antero-posterior, latero- lateral y supero-inferior, con córnea opaca de 1 cm de diámetro y pupila de 0.8 cm de diámetro con leucocoria, la esclera café blanquecino con inserciones musculares y nervio óptico de 0.8x0.4 cm, al corte observamos tumor intravítreo de 1.3x1.2 cm, blanco perlado, duro, que ocupaba casi la totalidad de la cámara vítrea sin invadir el nervio óptico. Al examen histológico observamos tejido óseo maduro trabecular con osteocitos sin atipias en lagunas, ribete de osteoblastos y estroma fibrovascular, originado en la coroides y con deformación del cristalino.

### Discusión y Conclusiones:

Aunque se reconoce en la literatura la poca frecuencia de este tumor, para los autores del apartado correspondiente en la más reciente edición del libro de la Organización Mundial de la Salud para la clasificación de tumores del ojo, la prevalencia del mismo es desconocida e incluso mencionan que las características histopatológicas que se conocen de la lesión provienen de un único caso reportado por dos grupos de autores.

## Bibliografía:

WHO classification of tumours of the eye. Fourth Edition. IARC, 2018. 2. Radiol. 2000;42:331-3. 3. Revista Cubana de Oftalmología 2012; 25(1):169-177.

Categoría del resumen:

**Oftalmopatología. Clave: O4**

Título:

**Leucocoria. Negativo para neoplasia. Reporte de caso.**

Autor o autores:

**Eduardo Lopez Corella, Claudia Denisse Fuentes Gutierrez, Laura Becerril Cholula.**

Institución o instituciones:

**Departamento de Patología Pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría.**

Autor que presentará el trabajo:

**Laura Becerril Cholula**

## Introducción y Objetivos:

Introducción: La presencia de leucocoria en un paciente pediátrico, conlleva pensar en el diagnóstico de Retinoblastoma.

Objetivo: presentamos un caso de *Toxocara canis* en globo ocular.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Reporte de caso. Masculino de 6 años, originario del estado de Veracruz. La madre refiere que hace 1 mes le nota un punto blanco en ojo derecho, conforme pasaron los días, se evidencia más, acude con oftalmólogo particular en donde le realizan USG: donde reportan masa a expensa de retina. En el instituto se realiza RM: Se identifica extenso desprendimiento de retina del globo ocular derecho con hematoma subretinal y bandas fibrosas adherenciales en la cámara del vítreo, y retracción del cristalino. No se detecta la presencia de una masa con reforzamiento.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Histológicamente se observa un infiltrado inflamatorio linfocitario de estirpe T (CD3, CD4>CD8) con una estructura parasitaria que sugiere *Toxocara canis*.

## Discusión y Conclusiones:

Las larvas de *Toxocara* spp. en tejido miden 15-20µm en cortes laterales, generalmente rodeados de una reacción granulomatosa. En niños con presencia de leucocoria, con datos que no correspondan a diagnóstico de retinoblastoma, se debe realizar abordaje para descartar otras causas de leucocoria entre ellas toxocariasis ocular y enfermedad de Coats.

## Bibliografía:

Moreira, G.M.S.G., de Lima Telmo, P., Mendonça, M., Moreira, Â.N., McBride, A.J.A., Scaini, C.J. and Conceição, F.R., 2014. Human toxocariasis: current advances in diagnostics, treatment, and interventions. *Trends in Parasitology*, 30 (9), pp.456-464. Fillaux, J. and Magnaval, J.F., 2013. Laboratory.

Categoría del resumen:

**Oftalmopatología. Clave: O5**

Título:

**Hallazgos clínicos e histopatológicos en sarcoidosis con afección ocular.**

Autor o autores:

**Dolores Ríos y Valles-Valles, Héctor A. Rodríguez-Martínez, Ivette Hernández-Ayuso, Alan Baltazar Treviño-Herrera. Abelardo A. Rodríguez-Reyes.**

Institución o instituciones:

**Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P. Hospital "Dr. Luis Sánchez-Bulnes"**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Dolores Ríos y Valles-Valles**

### Introducción y Objetivos:

La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria idiopática multisistémica caracterizada por formación de granulomas no caseificantes. La edad de presentación oscila entre los 20-40 años sin predominio de género. Cualquier órgano puede estar afectado siendo pulmón y ganglios intratorácicos los más frecuentes; la piel, globo ocular, ganglios, sistema nervioso central, huesos y articulaciones son zonas involucradas. Hasta en un 50% de los casos se ha documentado afección ocular. Informar las características clínicas y hallazgos histopatológicos de un paciente con afección ocular por sarcoidosis.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 28 años con antecedente de insuficiencia venosa en tratamiento. Refirió cuadros recurrentes de uveítis anterior bilateral de un año de evolución diagnosticada y tratada en otro hospital. Acude a consulta por visión baja, fotofobia y lagrimeo bilateral. En la exploración oftalmológica se encontró aumento de la presión intraocular, depósitos retroqueráticos y sinequias posteriores en ambos ojos. El fondo de ojo demostró coroiditis multifocal y envainamiento vascular venoso (periflebitis) bilateral. En la exploración física se encontraron lesiones en piel de la cara y extremidades, eritema nodoso en articulaciones e infiltrados micronodulares pulmonares. La sospecha clínica fue de panuveítis granulomatosa asociada a Sarcoidosis. Se realizaron estudios de laboratorio, biopsia de piel.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se estudió un fragmento de piel. En el espesor de la dermis papilar se observó un proceso inflamatorio crónico

con formación de granulomas compuesto por células epitelioides, células gigantes multinu-

cleadas, linfocitos maduros y escasas células plasmáticas. Los granulomas no mostraban formación de necrosis y estaban en proximidad de anexos normales de la piel como folículos pilosos. No se encontraron cuerpos asteroides ni cuerpos laminados de Schaumann. Las tinciones especiales de PAS, Ziehl-Neelsen y Grocott, descartaron la presencia de microorganismos. El diagnóstico histopatológico fue inflamación crónica granulomatosa compatible con Sarcoidosis.

### Discusión y Conclusiones:

La uveítis anterior es la manifestación más común de la sarcoidosis ocular y suele presentarse como iritis o iridocilitis aguda con o sin cuadros de dolor o fotofobia. El signo clínico característico son los depósitos retroqueráticos en "grasa de carnero" como los que se observaron en nuestro paciente. Existen otras manifestaciones oculares descritas como la coroiditis multifocal, vitritis, periflebitis, granulomas coroideos y afección del nervio óptico. La presencia de granulomas no caseificantes característicos en el estudio microscópico es indispensable para el diagnóstico de sarcoidosis y para descartar otras enfermedades granulomatosas como Tuberculosis. La sarcoidosis ocular puede ser la primera manifestación de la enfermedad sistémica.

### Bibliografía:

Groen F, Rothova A. Ocular Involvement in Sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med* 2017;38:514–522. Rocha Cabrera P, Losada Castillo MJ, Rodríguez Lozano B, et al. Manifestaciones oculares de la sarcoidosis. *Arch Soc Canar Oftal* 2013;24:25-3

Categoría del resumen:

**Oftalmopatología. Clave: O6**

Título:

**Hallazgos Clínico-Patológicos en Escleroqueratitis por Acanthamoeba: Presentación de un Caso.**



Autor o autores:

**Abelardo A. Rodríguez Reyes, Dolores Ríos y Valles Valles, Ivette Hernández Ayuso, Héctor A. Rodríguez Martínez**

Institución o instituciones:

**Asociación Para Evitar la Ceguera en México, Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes"; Depto de Medicina Experimental, Fac. de Med, UNAM y Hosp Gral Méx**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Abelardo A. Rodríguez Reyes**

nar Oftal 2013;24:25-30

### **Introducción y Objetivos:**

La Acanthamoeba parásito de vida libre, existe en forma vegetativa (trofozoito) y en forma latente (quiste). La escleroqueratitis por Acanthamoeba (EQA) complicación rara y severa, se presenta en 14%-16% de los casos. Pese a tratamiento antiamebiano, el pronóstico de la EQA es malo y en ocasiones requiere de enucleación por ojo ciego muy doloroso. La patogénesis es incierta, no se sabe si la inflamación escleral severa es por reacción inmunológica secundaria a EQA o por invasión directa de esclerótica por Acanthamoeba. Se presentan hallazgos clínico-patológicos de un paciente con EQA.

### **Material y Métodos o Resumen Clínico:**

Hombre de 22 años con antecedente de Herpes Zoster en espalda 10 años previos. Disminución de visión del ojo derecho (OD) de 1 día de evolución. A la exploración oftalmológica: Conjuntiva hiperémica, inyección ciliar, leucoma corneal, anillo inmunológico y edema estromal OD. Fondo de ojo no valorable por opacidad de medios. Tratamiento con prednisolona, tropicamida + fenilefrina y valaciclovir. Cultivo negativo. Se agregó clorhexidina, netilmicina y moxifloxacino sin mejoría por lo que se realizó queratoplastia penetrante y se agregó itraconazol. Desarrolló infiltrado nodular en córnea receptora periférica e infiltrado inflamatorio en cara posterior de

botón corneal donador, conjuntiva hiperémica y nódulo escleral con probable penetración a cámara anterior. Se realizó enucleación OD.

### **Resultados y/o Resumen Histopatológico:**

Córnea de queratoplastia penetrante mostró en estroma superficial y medio, cúmulos de neutrófilos mezclados con detritus celulares y con estructuras compatibles con quistes y trofozoitos de Acanthamoeba. Globo ocular presentó en todo el espesor de estroma periférico de la córnea receptora y en estroma subepitelial de limbo esclero-corneal, grandes cúmulos de infiltrado de linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos y abundantes neutrófilos (microabscesos). En estroma profundo de córnea periférica receptora, como estroma de limbo esclero-corneal, formación de granulomas. Infiltrado inflamatorio agudo y crónico mezclado con quistes y trofozoitos de Acanthamoeba, positivos con tinciones de PAS, Grocott y Giemsa. El resto de las estructuras oculares por detrás de cuerpo ciliar sin alteraciones.

### **Discusión y Conclusiones:**

Existen casos informados en la literatura de EQA, menos de la mitad tratados con enucleación. Sólo 2 casos han demostrado quistes de Acanthamoeba en esclerótica. Dougherty y cols. demostraron asociación de quistes con inflamación escleral anterior profunda, lo que explica la mala respuesta al tratamiento tópico. Ebrahimi y cols. encontraron quistes en limbo por invasión directa de Acanthamoeba de la córnea. Nuestro paciente presentó inflamación aguda y crónica en segmento anterior. En córnea receptora residual periférica y limbo esclero-corneal, infiltrado agudo (microabscesos), crónico y escasos quistes de Acanthamoeba, que apoyó una EQA activa. No obstante al infiltrado inflamatorio severo, no hubo destrucción de esclerótica, ni quistes o trofozoitos de Acanthamoeba por detrás de ora serrata. Enucleación está indicada por sospecha de endoftalmistis o perforación corneal.

### Bibliografía:

Kato K, Hirano K, Nagasaka T, et al. Histopathological examination of Acanthamoeba sclerokeratitis. Clin Ophthalmol 2014;16(8):251-3. Iovenio A, Gore DM, Carnt N, Dart JK. Acanthamoeba sclerokeratitis: epidemiology, clinical features, and treatment outcomes. Ophthalmology 2014;121(12):2340-7.

Categoría del resumen:

**Oftalmopatología. Clave: O7**

Título:

**Enfermedad de Coats, a propósito de un caso.**

Autor o autores:

**Dr. med. Marco A. Ponce Camacho, Dra. Adriana Peña Flores , Dra. med. Oralia Barboza Quintana, Dra Marissa L. Fernández de Luna, Dra. Ana Catalina Rodríguez Martínez, Dr. Med. Jesús Mohamed-Hamsho.**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León.**

gy 2014;121(12):2340-7.

### Introducción y Objetivos:

La enfermedad de Coats se caracteriza por vasos retinianos telangiectásicos con cambios aneurismáticos prominentes y exudación retiniana progresiva. Ocurre en varones jóvenes con edad media de 5 años, unilateral en el 95%. La importancia del diagnóstico radica en la detección temprana y seguimiento de por vida que previene la reactivación de la enfermedad.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenina de 2 años, con un mes de evolución con leuocoria izquierda identificada por sus padres en fotos, se agrega estrabismo. En exploración oftalmológica se observa en ojo izquierdo: desprendimiento de retina seroso total en embu-

do, áreas de telangiectasias, vasculatura anormal nasal e inferior, además en espacio subretiniano se observa de aspecto algodonoso, no se visualiza nervio óptico. Posteriormente se realiza Resonancia Magnética de cerebro y órbitas simple y contrastada, en la cual se identifica globo ocular izquierdo con imágenes que sugieren la presencia de restos hemáticos en cavidad vítrea, a considerar desprendimiento de retina. Sin evidencia de masas, tumores ni calcificaciones. Nervio óptico de características normales.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En el exámen macroscópico se identificó globo ocular con medidas de 2.4 x 2.3 x 2.3 cm., esclera blanquecina, en porción posterior se identifica nervio óptico, de forma cilíndrica que mide 0.5 x 0.4 x 0.2 cm, y por su polo anterior se identifica córnea de 1.1 x 1.2 cm, con superficie opaca. A la sección, superficie sólida, heterogénea, ocupada por humor acuoso de color café verdoso, semifirme. La retina se encuentra desprendida y se dirige hacia cristalino y procesos ciliares formando a su paso una estructura triangular con aspecto fibrótico. A los cortes histológicos se identifica desprendimiento de retina, con cambios degenerativos que incluyen gliosis, hemorragia antigua y grandes cúmulos de material proteináceo en cavidad vítrea.

### Discusión y Conclusiones:

La enfermedad de Coats fue descrita por George Coats en 1908. Es una enfermedad rara también conocida como síndrome de retinitis exudativa, frecuentemente se confunde clínicamente con retinoblastoma. Los síntomas aparecen entre los 2- 8 años de evolución lenta y progresiva. El 70% de los casos de enfermedad de Coats se pueden estabilizar.

### Bibliografía:

Yanoff, M. y Sassani, J.. (2015). Ocular Pathology. USA: ELSEVIER SAUNDERS., Lertjirachaia, I.,

H. Wooda, E., Moinuddinb, O., Drensera, K.. (2020). Case report Late re-activation of Coats disease., American Journal of Ophthalmology Case Reports, 1, 5. 2020, De Clinical Key Base de datos.

Categoría del resumen:

**Oftalmopatología. Clave: O8**

Título:

**Teratoma orbital congénito: reporte de un caso.**

Autor o autores:

**Dra. Valeria Caballero Malacara, Dr. Marco Antonio Ponce Camacho, Dr. Edwards Rodríguez Hinojosa, Dr. Juan Pablo Flores Gutiérrez**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Valeria Caballero Malacara**

### Introducción y Objetivos:

Los teratomas son tumores compuestos de tejido derivado de las tres capas germinales; la presentación orbitaria es poco frecuente y se estima en un 0.8%, la presentación congénita es aún más rara. Clínicamente son tumores de rápido crecimiento, que ocasionan proptosis unilateral, así como retracción palpebral; en estos casos no hay historia de deformidades congénitas, tienen un control prenatal normal, solo en pocas ocasiones se logra hacer un diagnóstico prenatal de la tumoración.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos el caso de una femenina recién nacida de 38 SDG, con control prenatal adecuado, que no evidenció la masa orbitaria, a su nacimiento se identificó aumento de volumen y proptosis total del globo ocular izquierdo; se inicia abordaje diagnóstico, en la TAC se observó tumoración heterogénea con componente sólido y quístico, con áreas de densidad grasa y cálcica, con compresión, desplazamiento y protrusión

del globo ocular, se ingresa a resección de la tumoración, así como del globo ocular por compromiso del nervio óptico.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió globo ocular y tumoración que midió 4 cm. De diámetro mayor, la cual rodeaba el nervio óptico, con superficie multilobulada; a la sección la tumoración presentó una superficie heterogénea, áreas sólidas de aspecto carnoso y adiposo, alternando con áreas de contenido mucinoso, áreas de calcificación y de aspecto condroide. En los cortes histológicos se encontró tejido maduro de las tres capas germinales, haciéndolo consistente con un teratoma maduro.

### Discusión y Conclusiones:

En la literatura hay menos de 100 casos reportados; el tratamiento de elección es la resección quirúrgica con preservación del globo ocular, en ocasiones puede ser difícil, ya que el rápido crecimiento del tumor puede provocar una seria afección del globo ocular. Después de su resección se recomienda el seguimiento de estos pacientes, así como su estudio histopatológico para descartar un componente inmaduro.

### Bibliografía:

Pellerano, Fernando (2016); Congenital Orbital Teratoma; Ocular oncology and pathology. 2) Kominek, M (2019), Primary Orbital Teratoma; Czech and Slovak ophthalmology.

Categoría del resumen:

**Ginecopatología. Clave: G1**

Título:

**Sarcomas puros de útero con patrón Rabdomyosarcomatoso: presentación de 3 casos.**

Autor o autores:

**Dra. Ana María Sobrino Vargas, Dr. Fernando E. De la Torre y Rendón, Dra. Judith L. Acosta**

**Piña, Dra. Judith Contreras Muro (\*)**.

Institución o instituciones:

**Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos (ISSSTE), (\*) Práctica privada**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Ana María Sobrino Vargas**

### Introducción y Objetivos:

Los sarcomas uterinos pueden originarse en el miometrio o de los diferentes elementos del tejido conectivo del endometrio y, juntos, representan menos del 10 % de los tumores del cuerpo uterino. (1)

Los rhabdomyosarcomas como tumores uterinos pueden presentarse como neoplasias bifásicas, siendo adenosarcoma y carcinosarcoma, o como tumores puros. Los rhabdomyosarcomas primarios de útero son extremadamente raros. (2) Describimos una serie de 3 casos de sarcomas primarios de útero con patrón rhabdomyosarcomatoso.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Caso 1: Femenino de 55 años, inició con alteraciones del ciclo menstrual, condicionado por amenorrea con posterior sangrado transvaginal. Se realizó histerectomía radical, recibiendo útero de 1320 g, con tumor de 13 cm.

Caso 2: Femenino de 56 años, referida a nuestro hospital por choque séptico. Contaba con diagnóstico previo de rhabdomyosarcoma alveolar y pleomorfo uterino en útero de 1676 g, diagnosticado y tratado en otra sede. Se envían bloques de parafina y laminillas para revisión.

Caso 3: Femenino de 62 años, referida a nuestro hospital para manejo por el servicio de oncología. Contaba con antecedente de sangrado uterino anormal de 2 meses de evolución, por lo que fue sometida a histerectomía radical. Se envían bloques de parafina y laminillas para revisión.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En todos ellos se identificaron lesiones sarcomatosas con células pleomórficas o pequeñas de aspecto randomioblástico o indiferenciadas, algunas acintadas con estriaciones, zonas mixoides, necrosis y permeación vascular. Se encontraron patrones de tipo embrionario, alveolar, fusocelular o pleomórfico, en proporción variada. Los marcadores de inmunohistoquímica: desmina, actina específica de músculo liso, calponina, h-caldesmon, p16 y miogenina mostraron resultados variables. Sin embargo, el patrón histológico lo consideramos compatible con diferenciación rabdoide.

### Discusión y Conclusiones:

En la serie de casos comentada, se presentan 3 casos de sarcomas puros primarios de útero, los cuales presentan patrón rhabdomyosarcomatoso. Por medio tinciones de inmunohistoquímica se analizó el diagnóstico diferencial entre rhabdomyosarcoma y leiomyosarcoma con patrón rhabdomyosarcomatoso.

Encontramos reportados hasta diciembre 2018 una serie de 25 casos de rhabdomyosarcomas primarios de útero. (2)

### Bibliografía:

(Memarzadeh, S.; Berek, J. (2019). Uterine sarcoma: Classification, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. In Goff, B. (ed) and Dizon, D. (ed), UpToDate. Pinto, A., Kahn, R., et. al. (2018). Uterine rhabdomyosarcoma in adults. In Human Pathology 74, 122 - 128.

Categoría del resumen:

**Ginecopatología. Clave: G2**

Título:

**Neoplasias fibroepiteliales en vulva: reporte de dos casos.**

Autor o autores:

**Dra. Claudia Gabriela Luna Limón, Dra. Dayna Vianney Salas Valdez, Dra. Med. Oralía Barboza Quintana, Dra. Med. Gabriela Sofía Gómez Macías, Dr. med. Juan Pablo Flores Gutiérrez**

Institución o instituciones:

**Hospital Universitario Dr. José Eleuterio Gonzalez**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Claudia Gabriela Luna Limón.**

### Introducción y Objetivos:

A partir de que las glándulas anogenitales similares a las mamarias en la región vulvar fueron reportadas por primera vez en 1872 por Hartnet se han descrito condiciones neoplásicas en vulva que tienen morfología similar a su contraparte mamaria, como el hidroadenoma papilífero, papiloma intraductal y las neoplasias fibroepiteliales. Hasta el momento se han propuesto dos teorías para explicar el origen de estas neoplasias. La primera y la más aceptada es que se originan de estas glándulas anogenitales similares a las mamarias. La segunda teoría es que se originan del tejido mamario ectópico.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos dos casos clínicos. El primero trata de un paciente femenino de 20 años, nulípara sin antecedentes personales de importancia. Refiere iniciar padecimiento actual un año previo a su ingreso al detectar una tumoración en vulva de aproximadamente 2 cm, de bordes regulares, móvil, no dolorosa, la cual aumentó de tamaño progresivamente. El segundo caso se trata de paciente femenino de 45 años sin antecedentes de importancia con tumoración en vulva de 1 cm, de bordes regulares, móvil, no dolorosa de un año de evolución.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En el examen macroscópico de la paciente de 20 años, se recibe dos tumoraciones contiguas de labio mayor izquierdo la mayor con dimensión de 12 cm y la menor de 5 cm. Además de una tercera tumoración de labio mayor derecho de 3 cm de diámetro mayor. Estas neoplasias son de aspecto polipoide, bien circunscritas, cubiertas por piel, que a la sección presentan superficie de corte sólida, homogénea, que empuja los bordes quirúrgicos con proyecciones papilares en forma de frondas de color blanco grisáceo. Las secciones histológicas mostraron Tumor Phyllodes de Bajo Grado (benigno) en labio mayor izquierdo y derecho. En el segundo caso se recibió un fragmento de tejido de 1 cm de diámetro mayor de forma ovoide, de color café claro de consistencia semifirme que fue diagnosticado como fibroadenoma en labio mayor derecho.

### Discusión y Conclusiones:

Las neoplasias fibroepiteliales son una entidad rara de la vulva, se presentan en un rango de edad de 20 – 69 años, con edad media de 38 años, usualmente son solitarios con dimensiones de 3 a 6 cm, bien circunscritos, móviles, no dolorosos. Hasta el momento se han reportado solo 17 casos de Tumor Phyllodes en la literatura inglesa, 3 casos en nulíparas y solo 1 caso con enfermedad bilateral. El caso clínico de Tumor Phyllodes que presentamos además de ser múltiple y bilateral mide el doble que todos los casos reportados. Por otra parte, los fibroadenomas son la neoplasia fibroepitelial más común, en vulva ya que se han descrito 52 casos. A pesar de que el origen de estas neoplasias es incierto, se sabe que su presentación clínica y comportamiento biológico es comparable con su contraparte en glándula mamaria. Por lo que la escisión quirúrgica completa se considera tratamiento efectivo.

### Bibliografía:

Solomon (2014). Phyllodes Tumor of Vulva. Archives Pathology. 2) Carter (2007). Mammary-type fibroepithelial neoplasm of the vulva: a case report and review of the literature. Journal of Cutaneous Pathology. 3) Kilitci (2019). Primary Benign Phyllodes Tumor of the Vulva: case report and review.

Categoría del resumen:

**Ginecopatología. Clave: G3**

Título:

**Carcinoma neuroendocrino de cérvix sincrónico con carcinoma de endometrio de tipo endometroide: a propósito de un caso.**

Autor o autores:

**Dra. Claudia Gabriela Luna Limón, Dra. Daynna Vianney Salas Valdez, Dra. Med. Oralia Barboza Quintana, Dr. med. Juan Pablo Flores Gutiérrez**

Institución o instituciones:

**Hospital Universitario Dr. José Eleuterio Gonzalez**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Claudia Gabriela Luna Limón.**

### Autor que presentará el trabajo:

Introducción y Objetivos: Las neoplasias primarias sincrónicas múltiples del tracto genital femenino son muy raras, se estima que comprenden solo del 1-6%. La etiología y patogénesis aun es incierta, sin embargo se han propuesto varias teorías: 1) Los tejidos embriológicamente similares fueron expuestos simultáneamente al mismo carcinógeno o influencias hormonales 2) Se originan como metaplasia en los diferentes tejidos 3) Se asocian a un síndrome de cáncer familiar. Las neoplasias sincrónicas primarias de diferente tipo histológico son muy raras y necesitan ser clasificados con precisión para su tratamiento oncológico.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos el caso de un paciente femenino de 50 años, sin antecedentes personales de importancia quien inicia su padecimiento 10 meses previos al presentar metrorragia. A la exploración física se observa el cérvix en barril, fijo, doloroso, con salida de material neoplásico a través del conducto cervical externo acompañado de sangrado activo. En el estudio de imagen se observa tumoración pélvica de 9.2 cm con múltiples adenopatías retroperitoneales, mediastinales, paraaórticas asociado a ectasia pielocaliceal bilateral.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió útero, producto de histerosalpingooforectomía bilateral con peso de 460 g y dimensión de 14 cm con pérdida de su arquitectura normal a expensas de neoplasia multilobulada originada en cérvix. Las secciones histológicas de este último demostraron carcinoma neuroendocrino de alto grado que invade el estroma y la totalidad de la pared uterina. Las células neoplásicas resultaron positivas para CD56, sinaptofisina con Ki67 mayor al 95%. Por otra parte, las secciones de la pared uterina evidenciaron carcinoma de endometrio tipo endometroide moderadamente diferenciado que invade menos de la mitad del endometrio, el cual presentó positividad para pax-8, receptor de estrógenos y receptor de progesterona.

### Discusión y Conclusiones:

Dentro de la rareza de las neoplasias sincrónicas del tracto genital femenino, la asociación más común es cáncer de endometrio con cáncer de ovario. La segunda asociación más frecuente reportada es cáncer de endometrio con cáncer de cérvix, sin embargo, la mayoría de los casos descritos presentan carcinoma de células esca-



mosas de cérvix. Hasta la fecha solo existen 2 casos reportados en la literatura de carcinoma neuroendocrino de cérvix asociado a carcinoma de endometrio de tipo endometriode.

El carcinoma neuroendocrino per se representa el 0.9% de las neoplasias en cérvix, es un subtipo muy agresivo con muy mal pronóstico. En el caso que presentamos el carcinoma neuroendocrino presenta invasión linfovascular, bordes de resección quirúrgico positivos e implantes peritoneales, lo que le confiere mal pronóstico comparado con la presencia de carcinoma de endometrio.

### Bibliografía:

Nakra (2019) Synchronous endometrioid carcinoma of the endometrium and small cell neuroendocrine carcinoma of the cervix: a rare combination. British Medical Journal. 2) Tong (2008). Clinical analysis of synchronous primary neoplasms of the female reproductive tract. European Journal of Obstetric.

Categoría del resumen:

**Ginecopatología. Clave: G4**

Título:

**Carcinoma seroso papilar bilateral primario de salpínges que simula carcinoma de endometrio. Reporte de un caso.**

Autor o autores:

**Dra. Hernández Hernández Regina Canadé, Dr. Benavides Maruri Marvin Jazziel, Dr. Meléndez García Iván, Dr. Galindo García Alejandro, Dra. Alvirde Castañeda Claudia**

Institución o instituciones:

**Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE**

Autor que presentará el trabajo:

**Benavides Maruri Marvin Jazziel**

### Introducción y Objetivos:

El carcinoma primario de salpínges, descrito por primera vez en 1847 por Rokitansky, es un tumor

extremadamente raro y representa del 0.14 al 1.8% de las neoplasias malignas del trato genital femenino, con una edad media de presentación a los 52.7 años. Aproximadamente el 90% son adenocarcinomas y la mayoría de estos son de tipo seroso y endometriode. Las características clínicas e histológicas del cáncer de salpínges y de ovario son bastante similares, por lo tanto, los casos avanzados pueden diagnosticarse erróneamente como cáncer de ovario primario.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenino de 54 años con fecha de última menstruación hace 6 años, la cual presenta sangrado transvaginal abundante. Se le realiza USG encontrando mioma intramural, endometrio con hiperplasia, ovario derecho con imagen compatible con quiste mixto a descartar adenocarcinoma, ovario izquierdo con endometrioma. Se realiza toma de biopsia de cérvix con resultado de adenocarcinoma in situ tipo endocervical. Posteriormente se realiza histeroscopia más toma de biopsia con reporte histopatológico de adenocarcinoma seroso de alto grado, vimentina positiva y antígeno carcinoembrionario negativo. Debido a estos hallazgos la paciente es programada para histerectomía con salpingooforectomía asistido por robot.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Producto de histerectomía más salpingooforectomía bilateral con cavidad uterina ocupada en su totalidad por lesiones multinodulares, con zonas de hemorragia y necrosis. A los cortes de salpinges se identificó en su luz, múltiples lesiones papilares que surgían del endosalpinx. A la microscopía se identifican focos de carcinoma intraepitelial tubárico en continuidad con carcinoma seroso de alto grado con invasión a pared tubárica, sin invadir serosa, con extensión a endometrio, presencia de micro invasión al miometrio y extensión a estroma endocervical.

Inmuntotinción positiva a p53 en focos de neoplasia intraepitelial tubárica, que progresa a carcinoma seroso papilar de alto grado en ambas tubas, siendo negativo en el epitelio de revestimiento sin alteraciones. Por lo que se concluye origen tubárico de carcinoma seroso de alto grado. Ovarios libres de lesión.

### Discusión y Conclusiones:

El carcinoma primario de salpínge se ha asociación a inflamación crónica, infertilidad, salpingitis tuberculosa y endometriosis tubárica; así como a mutaciones en BRCA y TP53. La presentación habitual es sangrado vaginal perimenopáusico o posmenopáusico en el 50% de las pacientes. Los criterios diagnósticos para un carcinoma primario de salpínge incluyen: macroscópicamente, el tumor principal está en la tuba y surge del endosalpinx; el patrón histológico reproduce el epitelio de la mucosa tubárica; debe demostrarse la transición del epitelio

tubárico benigno a maligno, y los ovarios y el endometrio son normales o con menor masa tumoral. Las lesiones bilaterales están presentes en el 10-20% de los casos. Una de las características inmunohistoquímicas, es la marcación fuertemente positiva a p53 llamado firma p53. La mediana supervivencia libre de progresión a los 3 años es del 67%.

### Bibliografía:

Manjunatha H.K. et al., Bilateral Primary Papillary Serous Carcinoma of the Fallopian Tube. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2017 May, Vol-11(5). Singh A. et al., Primary Adenocarcinoma of the Fallopian Tube: A Rare Identity. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2017 Sep, Vol-11(9).

Categoría del resumen:

**Ginecología. Clave: G5**

Título:

**Carcinoma indiferenciado de endometrio: a propósito de un caso.**

Autor o autores:

**Dra. Claudia Gabriela Luna Limón, Dra. Dayna Vianney Salas Valdez, Dra. Med. Oralia Barboza Quintana, Dra. Med. Gabriela Sofía Gómez Macías, Dr. Med. Juan Pablo Flores Gutierrez**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Claudia Gabriela Luna Limón.**

### Introducción y Objetivos:

Tumor epitelial maligno que carece de diferenciación glandular o escamosa (por histología), compuesta por células de tamaño medio, ausencia completa de diferenciación glandular, ausencia o mínima diferenciación neuroendocrina (<10%). El desconocimiento de este tipo de tumor hace que sea poco reconocido y frecuentemente es diagnosticado como carcinoma de endometrio de tipo endometroide grado 3.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos el caso clínico de un paciente femenino de 61 años, diabética e hipotiroidea que presenta cuadro de dolor abdominal agudo de 7 horas de evolución; localizado predominantemente en fosa iliaca derecha asociado a disuria y choque séptico. Debido a la gravedad del cuadro clínico es ingresada a quirófano en donde se le realiza histerosalpingooforectomía bilateral de urgencia.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Recibimos útero con pérdida de su arquitectura normal a expensas de tumoración multinodular,

con múltiples soluciones de continuidad. En los cortes histológicos se aprecian un patrón difuso, hiper celular con células grandes, discohesivas, basófilas, escaso citoplasma. Debido a los diagnósticos diferenciales que se tomaron en cuenta, se realizaron los siguientes marcadores de inmunohistoquímica: Ki67 positivo en el 90%, (Linfoma) CD20 y CD99 negativos, (Carcinoma Neuroendocrino) Sinaptofisina y FLI-1 negativos, (Sarcoma del estroma endometrial) CD10 positivo focal y Vimentina positivo en dot-like, (Carcinoma) CK AE1-AE3 negativo, Oscar positivo focal, Antígeno de Membrana Epitelial positivo. Por lo que el diagnóstico fue de Carcinoma Indiferenciado del Endometrio secundariamente infectado que invade y perfora la pared uterina con involucro de la serosa e invasión vascular.

### Discusión y Conclusiones:

El carcinoma indiferenciado representa < 10% de los carcinomas de endometrio, se presenta en femeninas de 30- 80 años. Su síntoma principal es sangrado transvaginal asociado a dolor pélvico o síntomas relacionados con enfermedad extrauterina. En mas del 50% de los casos se presentan en un estadio avanzado y tiene mal pronóstico. Para el patólogo representan un reto diagnóstico debido a que la morfología histológica obliga descartar múltiples diagnósticos diferenciales; además de que el inmunofenotipo de esta neoplasia para citoqueratinas es heterogéneo y en ocasiones inconsistente, por lo que realizar el marcador de antígeno de membrana epitelial es indispensable.

El carcinoma indiferenciado tiene comportamiento agresivo y su reconocimiento es escaso, asimismo tiene pobre respuesta a la quimioterapia convencional usada en el adenocarcinoma endometrial por lo que es necesaria su difusión.

### Bibliografía:

Rajmohan (2019) High-grade Endometrial Carcinomas: Morphologic and Immunohistochemical

Features, Diagnostic Challenges and Recommendations. International Journal Or Gynecological Pathology, J.M. Rosa-Rosa1 (2016). Molecular genetic heterogeneity in undifferentiated endometrial carcinomas. Mod Pathol.

Categoría del resumen:

**Ginecopatología. Clave: G6**

Título:

**Carcinoma endometriode de ovario asociado a tumor endometriode borderline y a síndrome paraneoplásico.**

Autor o autores:

**Dra. Valeria Caballero Malacara, Dra. Oralia Barboza Quintana, Dra. Raquel Garza Guajardo, Dra. Gabriela Sofía Gómez Macias, Dr. Edwards Rodríguez Hinojosa, Dr. Juan Pablo Flores Gutiérrez**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Valeria Caballero Malacara**

### Introducción y Objetivos:

El tumor endometriode borderline corresponde a tan solo el 0.2% de los tumores epiteliales de ovario, en cuanto a su histogénesis, este se asocia a la endometriosis y a los adenofibromas endometrioides por lo que se sugiere que podrían desarrollarse a partir de ellas. Presentamos el caso de una paciente de 53 años con síndrome paraneoplásico que presentó un carcinoma endometriode de ovario asociado a un tumor endometriode borderline.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenina de 53 años, sin antecedentes relevantes para el caso, quien inició 9 meses previos a su ingreso con dolor en región plantar y posterior de pierna izquierda, la cual posteriormente se hizo bilateral, agregándose 3 meses después

debilidad muscular; acude en diversas ocasiones con médicos quienes dan tratamiento sintomático, sin mejoría. Por lo que después es referida a neurología, quienes, en conjunto con reumatología, inician abordaje diagnóstico, integrando un síndrome paraneoplásico por lo que se realizó una TAC, encontrándose una tumoración anexial derecha.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió un anexo derecho en el que se identificó tumoración de 11.7 cm. De diámetro mayor, de aspecto quístico, con cápsula integra y lisa, que a la sección presentó una superficie de corte quística, con salida de líquido citrina, con un nódulo intramural de 4.5 cm de color blanquecino y de consistencia fibrosa. A los cortes histológicos, se identificó un espectro histológico que variaba desde un cistadenofibroma endometriode progresando a un tumor endometriode borderline hasta zonas de un adenocarcinoma endometriode bien diferenciado que invadía el estroma ovárico; en el amplio muestreo no se encontraron áreas de endometriosis y presentaba menos de un 5% de crecimiento sólido.

### Discusión y Conclusiones:

Los tumores endometrioides borderline, son raros, así como encontrarlo con el espectro benigno y maligno asociados; en cuanto al síndrome paraneoplásico asociado, están descritos en asociación con los tumores epiteliales de ovario, pero la mayoría de estos son subdiagnosticados.

### Bibliografía:

Viau, Mathieu (2017); Paraneoplastic syndromes associated with gynecological cancers: A systematic review.  
Gynecologic Oncology. 2) Matalliotakis, Michail (2018); Association between ovarian cancer and advanced endometriosis; Oncology letters. 3) Bas-Esteve, Ernesto (2019); Endometriosis and ova.

Categoría del resumen:

**Ginecopatología. Clave: G7**

Título:

**Endometriosis Polipoide: Reporte de un Caso.**

Autor o autores:

**Max Molina Ayala, Edwars Rodriguez Hinojosa, Oralia Barboza Quintana**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Max Molina Ayala**

### Introducción y Objetivos:

La endometriosis polipoide forma parte del espectro de lesiones endometriósicas en la mujer, y cuando se presenta en la cavidad pélvica se componen de elementos glandulares y estromales del endometrio normal, y como los pólipos normales, la vasculatura es prominente en la lesión. La histogénesis es similar a su contraparte común en la cavidad uterina, y son neoplasias clonales. Los estudio de imagen generalmente son sugestivos de una neoplasia maligna, y la imagen macroscópica inicial convierten esta entidad en un reto clínico que sólo puede establecerse con certeza en el estudio histológico.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenina de 46 años, gesta 6 para 4 y 2 abortos, la cual acude a consultar por 5 meses de evolución con hipermenorrea con periodos de amenorrea. Se realizan estudios de imagen por US los cuales reportan pólipo endometrial, miomas uterinos y una lesión para ovárica de 6cm, multiloculada. Los niveles séricos de CA125 y CA19-9 eran normales. Se interna para procedimiento quirúrgico, el cual es realizado sin complicaciones completando histerectomía y salpingectomía bilateral con resección de masa en pared posterior del útero adyacente al

anexo ipsilateral, de color café claro, con áreas violáceas y friable.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

A su estudio macroscópico, la lesión era de bordes y formas irregulares, de color café claro, y de aspecto solido quístico. La secciones histológicas de la lesión mostraron glándula y estroma endometrial, con áreas fusocelulares y vasculatura prominente, y áreas focales de hiperplasia glandular con atipia.

### Discusión y Conclusiones:

La histología de esta lesión es idéntica a la de su contraparte en endometrio, por lo tanto, confiere los mismos riesgos a estas pacientes con respecto a la presencia o no hiperplasia endometrial con o sin atipia. Sin embargo, hay casos documentados de malignización a células claras u otros carcinomas epiteliales. El comportamiento es benigno, y la presentación clínica como una masa exofítica en pared posterior del útero puede presentar un reto diagnóstico y radiológico previo al reporte histopatológico.

### Bibliografía:

Ghafoor, S., Lakhman, Y., Park, K. J., & Petkovska, I. (2019). Polypoid endometriosis: a mimic of malignancy. *Abdominal Radiology*. doi:10.1007/s00261-019-02143-8 Ramai, D., Linn, S., Murphy, T., & Reddy, M. (2018). Transmural Polypoid Endometriosis of the Sigmoid Colon.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU1**

Título:

**Gliosarcoma metaplásico. Reporte de un caso.**

Autor o autores:

**Martha Lilia Tena Suck, Laura Becerril Cholula, Citlaltepétl Salinas Lara, Daniel Rembao Bojórquez, Alma Ortiz Plata.**

Institución o instituciones:

**Departamento de Neuropatología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suarez. Ciudad de México**

Autor que presentará el trabajo:

**Laura Becerril Cholula**

Journal of Gastroin

### Introducción y Objetivos:

Introducción: El gliosarcoma es un tipo de tumor dimórfico compuesto de elementos gliales y sarcomatoides, y se considera una variante del glioblastoma, grado IV de la OMS. El gliosarcoma secundario es un tumor poco frecuente, especialmente los derivados del glioma de grado II de la OMS no irradiado.

Objetivo: Presentamos un caso de gliosarcoma metaplásico secundario a un glioblastoma multiforme.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentación del caso: Mujer de 57 años con cefalea, síndrome piramidal derecho, La MRI mostró una lesión temporo-parietal izquierda que fue resecada e histológicamente mostraba un glioblastoma de células pequeñas con vasos glomeruloides abundantes. Por IHQ fue IDH1 nativo+, GFAP+, ATRX + y P53 +, Ki67 30%. Dos años después de la resección quirúrgica y la radiación postoperatoria y la quimioterapia, acude nuevamente a nuestro hospital con recidiva tumoral. Una nueva craneotomía se realizó y el nuevo patrón histológico mostraba un tumor diferente al inicial.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Histológicamente se observó neoplasia maligna con células atípicas y pleomórficas que se localizan en áreas densamente hialinizadas, mesenquimatosas, eran densamente azul con la tinción de Masson y con abundantes vasos hialinizados e hiperplásicos con focos de cartílago y

hueso maduro. Los vasos de aspecto glomeruloides no se observaron como en la primera biopsia. Por IHQ fue IDH1 nativo-, GFAP+, ATRX - y P53, Ki67 30%. El diagnóstico fue de gliosarcoma con componentes osteocondromatoso.

### Discusión y Conclusiones:

Discusión: El tumor recurrente se distinguió de la lesión original por la presencia de vasos hialinizados densos y estroma con apariencia condromatosa en el sitio del tumor original. La histología y los estudios genéticos moleculares en ambas muestras fueron diferentes y malignos, de alto grado. Cambios post radioterapia se consideraron, sin embargo, las células seguían siendo malignas con un alto índice de Ki67 a pesar de la pérdida de IDH1, P53 y de ATRX.

### Bibliografía:

Meis JM, Martz KL, Nelson JS. Mixed glioblastoma multiforme and sarcoma. A clinicopathologic study of 26 radiation therapy oncology group cases. Cancer. 1991; 67:2342-2349. 2. Wojtas B, Gielniewski B, Wojnicki K, Maleszewska M, Mondal SS, Nauman P, Grajkowska W, Glass R, Schüller U, Herold-Mende C.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU2**

Título:

**Melanoma primario en sistema nervioso central. Informe de un caso.**

Autor o autores:

**Dr. Marco Antonio González Ramírez. 2. Dr. Héctor Ricardo Lara Torres, 3. Dra. Fabiola Jazmín Vargas Ugarte**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" CMN La Raza.**

Autor que presentará el trabajo:

**Marco Antonio González Ramírez**

Glass R, Schüller U, Herold-Mende C

### Introducción y Objetivos:

Los melanomas intracraneales primarios son poco frecuentes y constituyen aproximadamente el 1% de todos los casos de melanoma y el 0,07% de todos los tumores cerebrales.

El primero en reportar este tipo de tumor fue Virchow en 1859-6. Gibson, et al, en 1950, propusieron que las lesiones con producción de melanina a nivel de sistema nervioso central pueden tener una transformación maligna. El melanoma primario maligno es una neoplasia procedente de los melanoblastos, precursores de melanocitos. Las lesiones melanocíticas primarias de SNC son de región cervical alta y perimedular.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos un caso de un hombre de 33 años con una lesión intracraneal frontoparietal derecha.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibieron varios fragmentos de tejido amorfos, que macroscópicamente eran blanco grisáceos, con una zona café negra en la periferia del tejido, sólidos y de consistencia firme. Histológicamente se observó una neoplasia maligna en el espacio subaracnoideo, constituida por láminas hipercelulares de células epitelioides con atipia marcada, citoplasma amplio con pigmento café granular fino y grueso, núcleos pleomórficos con nucléolo prominente y figuras de mitosis.

### Discusión y Conclusiones:

La rara incidencia de melanoma maligno primario del sistema nervioso central y su capacidad para imitar otros tumores melanocíticos en las imágenes lo convierten en un desafío diagnóstico para el neurocirujano. El melanoma primario del SNC puede presentarse con lesiones masivas intra /



extraaxiales localizadas o con diseminación meníngea, lo que conlleva un peor pronóstico, sin embargo, el pronóstico del melanoma primario cerebral es variable, aunque comúnmente tiene un mejor pronóstico que el melanoma cutáneo.

Se diagnostica generalmente después de la exclusión de un melanoma maligno cutáneo primario o mucoso / retiniano, ya que el diagnóstico histológico diferencial entre los orígenes primario y metastásico suele ser difícil.

### Bibliografía:

Vargas-Olguín E y cols., Melanoma primario cerebral. Arch Neuroci (Mex). 2015;20(2):161-65. 2.- Wadasadawala T y cols. The diagnostic dilemma of primary central nervous system melanoma. J Clin Neurosci.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU3**

Título:

**Encefalitis rica en macrófagos, como parte del diagnóstico histológico de Encefalitis autoinmune asociada con anticuerpos contra el receptor de N-metil-D-aspartato. Reporte de un caso.**

Autor o autores:

**Martha Lilia Tena Suck, Carlos Márquez, Laura Becerril Cholula, Alma Ortiz Plata, Francisca Fernández Valverde**

Institución o instituciones:

**Departamento de Neuropatología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suarez. Ciudad de México**

Autor que presentará el trabajo:

**Laura Becerril Cholula**

2010;17(8):1014-17.

### Introducción y Objetivos:

Introducción: La encefalitis se delimita como inflamación del parénquima cerebral asociada con disfunción neurológica. Corresponde a

una Encefalopatía rápidamente progresiva. Sin embargo, algunos criterios patológicos todavía están en discusión, en pocas ocasiones se realiza biopsia para confirmar el diagnóstico.

Objetivo: presentamos un caso de encefalitis diseminada aguda (EMDE) rica en macrófagos.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Caso Clínico. Mujer de 18 años, que inició con alteraciones cambios de la conducta, alteraciones psicomotrices importantes en una semana la paciente se encontraba con pérdida de la personalidad y rápidamente hemiparesia izquierda. La TAC e IRM mostraron una lesión mal delimitada neoplásica frontal derecha y lesiones en sustancia blanca múltiples. Fue sometida a biopsia y el reporte fue de xantastrocitoma. Llega a nuestro hospital en hemiparesia y síndrome piramidal denso desproporcionado.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Histológicamente se observó una lesión desmielinizante con focos de linfocitos perivasculares rica en macrófagos espumosos y gliosis reactiva. La paciente recibió esteroides y hubo una notable mejoría. Se confirmó el diagnóstico de Encefalitis autoinmune asociada con anticuerpos contra el receptor de N-metil-D aspartato por la positividad de los anticuerpos.

### Discusión y Conclusiones:

Discusión; Se consideró como enfermedad desmielinizante rica en macrófagos espumosos. Como lesión inicial de una encefalitis autoinmune asociada con anticuerpos contra el receptor de N-metil-D-aspartato. Entre los diagnósticos diferenciales que se deben considerar en este tipo de patología es con las enfermedades por atesoramiento de presentación juvenil, histicito fibroso, xantastrocitoma, enfermedad desmielinizante en etapa inicial y la EMDE. Se había

considerado como síndrome paraneoplásico con probable carcinoma en ovario.

### Bibliografía:

Dalmau J, Bataller L. Limbic encephalitis: the new cell membrane antigens and a proposal of clinical-immunological classification with therapeutic implications. *Neurologia* 2007;22: 526-37.3. Granerod J, Ambrose HE, Davies NW, Clewley JP, Walsh AL, Morgan D, et al. Causes of encephalitis and differen.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU4**

Título:

**Enfermedad de Fahr Pediátrico en un estudio Postmortem**

Autor o autores:

**Jeniffer Calderón Neville, Alfredo Valero Gómez, Fernando Padilla Santamaría**

Institución o instituciones:

**UMAE Pediatría CMNSXXI**

Autor que presentará el trabajo:

**Jeniffer Calderón Neville**

### Introducción y Objetivos:

La Enfermedad de Fahr es la calcificación familiar idiopática de los ganglios basales bilaterales. Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, de incidencia baja y de etiología aún desconocida. Puede cursar también con sintomatología psiquiátrica, además de presentar calcificaciones en otras regiones cerebrales. Por lo general se presenta en la edad adulta, siendo excepcional en pacientes pediátricos. La Enfermedad de Fahr se diferencia del Síndrome de Fahr por el aspecto hereditario del primero y las alteraciones del metabolismo del calcio del segundo.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Niño que a los 2 años presenta estreñimiento, disminución de fuerza de miembros, pérdida del

lenguaje, regresión de esfínteres, alteraciones del sueño, emocionales, de socialización y mutismo, con antecedente de depresión juvenil del padre. A los 4 años se valora en su HES; RMN con hiperintensidad en ambos globos pálidos; se refiere a nuestra unidad con seguimiento multidisciplinario (7 meses). Se hospitaliza por anasarca (55 días) con evolución insidiosa, datos de regresión, deterioro del estado de conciencia, sin alteraciones hidroelectrolíticas. TAC de encéfalo con lesiones calcificadas simétricas bilaterales en núcleos basales, subcorticales frontales, parietales y occipitales. Presentó datos de disfunción cortical, troncal y respiración agónica, falleciendo en el turno nocturno.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se solicitó autopsia parcial de cerebro, el cual tuvo un peso de 1,050 g, concordante con la edad cronológica, superficie congestiva y de aspecto edematoso, se identificaron dos quistes en región cerebelosa y selar (7 x 4 y 1.7 x 1.5 cm). A los cortes seriados se identificaron zonas de reblandecimiento en ganglios basales bilaterales con áreas granulares de aspecto arenoso y duros, presencia de quinto ventrículo en el septo pellucidum. Microscópicamente se identificaron vasos de pequeño y gran calibre con material eosinófilo y anfófilo, consistente con calcificación y ferruginización, acompañado de neuronas basófilas, gliosis perilesional y desmielinización de tractos perilesionales (HE, Luxol fast-blue, Perls). Reinterrogando a los familiares se supo que tenía antecedente de dos tíos paternos con calcificaciones cerebrales y datos de epilepsia.

### Discusión y Conclusiones:

Aunque la etiología de esta enfermedad es aún desconocida, se han encontrado diversos genes afectados, entre los que se encuentran: SC2092 (en el cromosoma 8p11.2), PDGFB, PDGFRB y XPR1 en las formas autosómicas dominantes; y el gen MYORG en la forma recesiva. En ésta

última, los homocigotos presentan zonas extensas de calcificaciones cerebrales, mientras que los heterocigotos únicamente calcificaciones puntiformes asintomáticas en los globos pálidos. La exposición de los hallazgos de este caso excepcional postmortem ponen de manifiesto la importancia que han tenido este tipo de estudios a lo largo de la existencia de la humanidad. Aunque el número realizado ha ido en declive, son importantes como herramienta diagnóstica, pronóstica para los familiares y de aprendizaje científico.

### Bibliografía:

Khan DA; Basal Ganglia Calcification: A Case Report of Fahr Disease With Pure Psychiatric Symptoms; *Jour of Psych Pract* (2019);25:391–394  
 Bauer M; MYORG Mutations: a Major Cause of Recessive Primary Familial Brain Calcification; *Curr Neurol Neurosc Rep* (2019) 19:70.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU5**

Título:

**Linfomatosis Cerebral: Presentación de un caso.**

Autor o autores:

**Dr. Marco Antonio González Ramírez, Dr. Héctor Lara Torres, Dra. María José Bautista Secun, Dr. Daniel Alberto Chávez Nava.**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” CMN La Raza.**

Autor que presentará el trabajo:

**Marco Antonio González Ramírez**

### Introducción y Objetivos:

La linfomatosis cerebral (LC), es un término que fue acuñado por primera vez en 1999. Es considerada como una infiltración difusa de células linfoides de origen de células B individuales sin una formación de masa tumoral en la sustancia

blanca (1). Hasta el 2019 se han reportaron 46 casos de linfomatosis cerebral (2). La edad promedio es de 57.3 años (con un rango de 28-85 años), con una tasa de mujer-hombre de 1:1.05. Los síntomas más comunes son déficit cognitivo, marcha atáxica, déficit motriz, déficit de lenguaje, cambios en la conciencia, cambios en la personalidad.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se trata de mujer de 73 años, con antecedentes de tabaquismo suspendido hace 10 años, hipertensión arterial sistémica en tratamiento, viajes al extranjero a Estados Unidos y a Europa, el ultimo realizado un año previo al ingreso. Inició 6 meses previos a su ingreso con alteraciones de memoria, diagnosticada con demencia con exacerbación de cambios de humor y alteraciones de memoria. Ingresó para valoración por síndrome confusional agudo, acompañado de cambios conductuales y fiebre de 3 días de evolución. Se reportó desorientada, hemodinámicamente estable sin datos de focalidad neurológica, ausencia de signología meníngea, con reflejos cutáneos extensores y dismetría bilateral.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se realizó toma de biopsia con estudio transoperatorio en el que se hicieron improntas donde se identifica gliosis y algunos linfocitos atípicos y se informó como linfoma. Este hallazgo se confirmó en los estudios definitivos. Junto con el estudio de inmunohistoquímica Se realizaron los siguientes marcadores de inmunohistoquímica: CD20 (+), CD3 (-), Bcl-2 (+), Bcl-6 (+), CD10 (-), MUM1 (+), Ki67 (80%).

### Discusión y Conclusiones:

La LC es un patrón raro del linfoma primario de sistema nervioso central, el cual se caracteriza clínicamente por alteraciones cognitivas. En los estudios de imagen en T2 se afectan al menos tres

lóbulos cerebrales o tres regiones anatómicas del sistema nervioso central como una lesión difusa hiperintensa, sin reforzamiento con contraste o efecto de masa. Estos datos tanto clínicos como radiológicos estuvieron presentes en este caso. Histológicamente muestran un patrón de hiper celularidad en la sustancia blanca sin necrosis, en la cual se identifican células neoplásicas redondas dispersas con nucleolo prominente, sin halo alrededor de las células neoplásicas (1), datos morfológicos que fueron encontrados en nuestro caso.

### Bibliografía:

Ryuhei K, et al. Lymphomatosis cerebri: clinical characteristics, neuroimaging, and pathological findings. *Brain Tumor Pathol.* 2011; 29: p. 29:47–53. 2. Kerbuky MN, et al. Diffuse large B-cell lymphoma of the central nervous system presenting as “lymphomatosis cerebri” and dementia in elderly man.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU6**

Título:

**Neuro-Behtcet, reporte de un caso.**

Autor o autores:

**Martha Lilia Tena Suck, Laura Becerril, Carlos Sánchez Garibay, Noemí Gelista, Israel Torres.**

Institución o instituciones:

**Departamento de Neuropatología. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suarez. Ciudad de México**

Autor que presentará el trabajo:

**Laura Becerril Cholula**

### Introducción y Objetivos:

Introducción. La enfermedad de Behçet es una vasculitis sistémica caracterizada por manifestaciones muco cutáneas, oculares y de las articulares, así como también afectación del SNC, vasculares y gastrointestinales. Los hallazgos neuropatológicos más comunes en pacientes con EB son lesiones necróticas, inflamación lin-

focítica perivascular y del parénquima que puede conducir a encefalitis necrotizante y diseminada.

Objetivo del trabajo: presentar un raro caso de enfermedad de Behçet con afección neurológica que sugería tumor talámico.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Reporte del caso. Hombre de 21 años, que inició con úlceras en boca y en genitales que se fueron haciendo más intensas. Siguió con alteraciones visuales y posteriormente con debilidad de las piernas e incontinencia urinaria y alucinaciones visuales y alteraciones de la conducta.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se realizó IRM cerebral que mostraba lesión difusa moteada en el tálamo bilateral que afectaba la cápsula interna. Se tomó biopsia stereotáxica y mostró gliosis reactiva intensa con vasculitis y extensa respuesta de macrófagos. La IHQ fue positiva para CD3, CD4, Th1 y Th17, CD68 y CD56 en forma perivascular y negativa para CD20, EBV, IL6, IL7, IL10 e IL17. Por lo que se diagnosticó como proceso inflamatorio con vasculitis. Se inició tratamiento con esteroides y metotrexate y dos años después el paciente acude por deterioro cognitivo

### Discusión y Conclusiones:

Discusión: la enfermedad de Behçet es de difícil control y por lo general se generaliza el proceso inflamatorio y el daño vascular aumenta hasta llegar a trombosar y/o formar aneurismas y producir extensos infartos cerebrales. La mortalidad es del 46%. Son muy pocos los casos que se cuenta con biopsia y entre los diagnósticos diferenciales se debe considerar un astrocitoma difuso por la presencia de astrocitos reactivos atípicos, el pseudotumor inflamatorio y con enfermedades desmielinizantes en procesos tempranos.

## Bibliografía:

Alpsoy E. Behçet's disease: A comprehensive review with a focus on epidemiology, etiology and clinical features, and management of mucocutaneous lesions. *J Dermatol.* 2016; 43:620-32. 5. Alpsoy E, Zouboulis CC, Ehrlich CE. Mucocutaneous lesions of Behçet's disease. *Yonsei Med J.*

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU7**

Título:

**Astrocitoma subependimario de células gigantes asociado con angioma cavernoso. Presentación de un caso.**

Autor o autores:

**1. Dra. Nadia Ibeth Avalos Jiménez 2. Dra. Floribel Ferman Cano 3. Dr. Marco Antonio Rodríguez Florido.**

Institución o instituciones:

**UMAE Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" CMN Siglo XXI, UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" CMN XXI, IMSS.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Nadia Ibeth Ávalos Jiménez**

2007; 48:573-85.

## Introducción y Objetivos:

El término "astrocitoma subependimario de células gigantes" (ASCG) fue acuñado por Russell et. al. para diferenciarlo de otros tipos de neoplasias del SNC. Constituye más del 90% de los tumores intracraneales asociados al complejo de esclerosis tuberosa. También conocido como síndrome de Bourneville, es una enfermedad con patrón de herencia autosómica dominante, con fenotipo y expresión clínica muy variable que, junto con el Síndrome de Sturge-Weber, forman parte del espectro de síndromes neurocutáneos, caracterizados por la presencia de angiomas en múltiples localizaciones y epilepsia.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Niña de 9 años con antecedentes perinatales de asfixia. Presentó su primera crisis convulsiva a los 8 meses de edad, posteriormente diagnosticada con epilepsia, esclerosis tuberosa, retraso psicomotor y probable síndrome de Sturge-Weber en tratamiento con valproato y vigabatrina. Antecedente de colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal, parieto occipital izquierda. Se realizó TC de cráneo donde se evidenció una lesión tumoral interventricular con hidrocefalia secundaria, calcificaciones periventriculares y dilatación de astas temporales; posteriormente se realizó resección del tumor.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibieron múltiples fragmentos irregulares que en conjunto midieron 6x5x5 cm con peso de 10 g, café gris, irregulares y blandos. En los cortes histológicos teñidos con HE se observó una lesión neoplásica de colisión glial-vascular. El componente glial es de bajo grado con algunos gemistocitos y células rabdoideas. El componente vascular de estirpe mesenquimatoso, mostró ectasia y aspecto angiomaso, abundante fibrina en la pared y oclusión de la luz. Se realizaron los siguientes inmunomarcadores: GFAP Positivo focal débil, CD31 positivo en células endoteliales; p53, NeuN, Sinaptofisina y EMA negativos, ki67<1%.

## Discusión y Conclusiones:

El astrocitoma subependimario de células gigantes es un tumor constituido por astrocitos ganglionares grandes, localizado en la pared de los ventrículos laterales asociado a esclerosis tuberosa (ET), corresponde a un grado histológico I de la OMS. La célula de origen es desconocida, probablemente surja por la persistencia de nódulos subependimarios. Otra entidad dentro de las facomatosis probablemente asociada a nuestro caso, es el síndrome de Sturge-Weber, que se

caracteriza principalmente por malformaciones capilares faciales junto a otras condiciones neurológicas como epilepsia, cefaleas. Se han descrito angiomas leptomeníngeos en 10-20% de estos pacientes en regiones parietales y occipitales, en ocasiones las malformaciones intracraneales pueden existir sin angioma facial.

### Bibliografía:

Matilde Ruiz et al. Astrocitoma subependimario de células gigantes asociado a complejo de esclerosis tuberosa: recomendaciones para el diagnóstico oportuno y tratamiento. Acta Pediatr Mex 2015;36:S1-S25.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU8**

Título:

**Displasia cortical hemisférica iib, presentación de un caso.**

Autor o autores:

**Jeniffer Calderón Neville, Marco Antonio Rodríguez Florido**

Institución o instituciones:

**UMAE Pediatría CMNSXXI**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Jeniffer Calderón Neville**

### Introducción y Objetivos:

La ILAE (Liga Internacional Contra la Epilepsia) define a la epilepsia resistente al tratamiento como las convulsiones no controladas posterior a dos medicamentos antiepilépticos recetados de forma correcta y bien tolerados; 25-37% de los pacientes pediátricos la presentan; 50% requerirá cirugía. Según la ILAE, las etiologías presentes son displasia cortical (42.4%), tumores (19.1%), atrofia o secuela vascular (10%), esclerosis hipocampal (6.5%) y otras enfermedades asociadas; contrario a los adultos, en los que la principal es la esclerosis hipocampal, la displasia cortical representa el 13%.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Niño sin antecedentes perinatales patológicos, a los 2 meses presentó crisis convulsivas valorado por particular con seguimiento durante 2 años (30 eventos/día, parpadeo, movimientos orolinguales, sin periodo postictal y resistencia al tratamiento), fue referido a CMNSXXI se realizó TAC de cráneo que mostró asimetría hemisférica, el hemisferio izquierdo mostró parénquima cerebral heterogéneo con calcificaciones y pérdida de la relación sustancia gris/sustancia blanca. La espectrofotometría mostró ausencia total de perfusión del hemisferio izquierdo. Se trató quirúrgicamente con hemisferectomía anatómica izquierda.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibieron lobectomías izquierdas identificadas por regiones, mostraron zonas con patrón polimicrogírico, pérdida de la relación entre sustancia gris / sustancia blanca y zonas de heterotopia de sustancia gris en sustancia blanca. En los cortes histológicos se observan circunvoluciones parcialmente fusionadas, áreas de dislaminaación tangencial, neuronas dismórficas, neuronomegalia y neuronas balonoides, dislaminaación radial focal en lóbulo occipital y heterotopia neuronal meníngea y en sustancia blanca. Se integró el diagnóstico de displasia cortical hemisférica IIB.

### Discusión y Conclusiones:

Entre los síndromes hemisféricos epilépticos en el paciente pediátrico que requieren cirugía, se encuentran la Hemimegalencefalia (agrandamiento y sobrecrecimiento de uno de los hemisferios) y la Displasia cortical hemisférica (displasia cortical difusa que afecta un hemisferio). En el presente caso la asimetría hemisférica se debió a la atrofia y alteraciones hemisféricas izquierdas, siendo el hemisferio derecho de características imagenológicas normales.



## Bibliografía:

Jerez-M; Apuntes de Epilepsia en la infancia y la adolescencia; Hum Ed Guate 2016;1:185-212 2. Manuel C; Consideraciones quirúrgicas propias de la epilepsia en niños; Art de Rev; Rev Neurops 2015;78(3);130 3. López JI; Patología quirúrgica de la epilepsia; Rev Neurol 2010; 50 (10): 616-622.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU9**

Título:

**Cordoma, a propósito de un caso.**

Autor o autores:

**Dr. Álvaro Barbosa Quintana, Dra. Adriana Peña Flores, Dr. Max Molina Ayala, Dra. Med. Oralia Barboza Quintana, Dr. Med. Juan Pablo Flores Gutiérrez.**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Adriana Peña Flores**

## Introducción y Objetivos:

Los cordomas son neoplasias malignas que se cree son originadas de los remanentes de la notocorda y son considerados de origen mesodérmico. Se presentan típicamente en adultos, durante la cuarta década de la vida.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenina de 60 años que inicia su padecimiento hace 2 meses al sufrir síncope con pérdida de la conciencia de duración desconocida por lo que es llevada al servicio de Urgencias del Hospital Universitario.

Se ingresa y a la exploración física se valora en 13 puntos escala de Glasgow, pares craneales: con inversión y eversión del ojo izquierdo, he-

miparesia derecha (4/5 escala Lovett), Babinski izquierdo positivo, nistagmo vertical. En la TAC se observa lesión en tallo encefálico de bordes redondeados, difusa, con hiperdensidades correspondientes con áreas de sangrado con morfología distorsionada por abombamiento de ambos ventrículos laterales y edema transependimario de astas frontales. Se diagnostica hematoma anterior pontino espontáneo y lesión petroclival a favor de Condrosarcoma.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se reciben 3 fragmentos de tejido en fresco para corte en congelado, que en las improntas y los cortes por congelado, se observan células tumorales vacuoladas, fisalíferas que recuerdan a lipoblastos mezcladas con células epiteloideas dispuestas en cordones mezcladas en matriz mixoide. Se diagnosticó en biopsia transoperatoria como "Cordoma". Posteriormente, se recibe como definitivo 7 fragmentos de tejido, el mayor de 0.4cm de diámetro mayor, En los cortes definitivos la histología se mostraban con histología

similar a la biopsia transoperatoria. Se realizaron marcadores de inmunohistoquímica para Brachyury, el cual resultó positivo nuclear, S100: positivo focal, EMA: positivo difuso y Ki67: positivo en menos del 5%.

## Discusión y Conclusiones:

Los cordomas son neoplasias de lento crecimiento, la localización más común es el sacro seguido de la base del cráneo/clivus. El principal diagnóstico diferencial es con el condrosarcoma, una diferencia clínica es el comportamiento más agresivo de los cordomas, otra consideración en el diagnóstico diferencial es la localización central del tumor que imita al meningioma cordoide, glioma cordoide del tercer ventrículo. Las tinciones de inmunohistoquímica son de ayuda en el diagnóstico, la mayoría siendo positivos para Citoqueratinas, EMA, Vimentin y proteína S-100.

## Bibliografía:

Perry, A. & Brat, D. (2010). Practical Surgical Neuropathology, USA: Churchill Livingstone ELSEVIER. Wasserman, J., Gravel, D. & Purgina, B.. (2017). Chordoma of the Head and Neck: A Review. de Pubmed Sitio web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5953882/>.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU10**

Título:

**Ganglioglioma anaplásico multicéntrico. Presentación de un caso infrecuente en adulto.**

Autor o autores:

**Alicia MC Cervantes Sánchez, Miguel Enrique Cuéllar Mendoza, Carolina Cruz Reyes, Fredy Chablé Montero, Luis Alberto Ortega Porcayo.**

Institución o instituciones:

**Hospital San Ángel Inn Universidad**

Autor que presentará el trabajo:

**Fredy Chablé Montero**

## Introducción y Objetivos:

El ganglioglioma es un tumor mixto constituido por un componente neuronal displásico entremezclado con otro de tipo astrocítico, oligodendroglioma o ambos. Los gangliogliomas anaplásicos (GGA) son tumores de alto grado (G III de la OMS), altamente epileptogénicos, más frecuentes en niños y adultos jóvenes. El GGA corresponde del 1 a 5% de todos los gangliogliomas y su incidencia es de 0.02 casos por millón al año. En este trabajo describimos un caso de ganglioglioma anaplásico en un grupo etario poco habitual, cuya historia natural, factores pronósticos y tratamiento son poco conocidos.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 51 años con antecedente de padre finado por glioblastoma. Presentó cefalea mo-

derada a intensa en hemisferio izquierdo de tipo opresivo, sin predominio de horario, intermitente, que progresó a generalizada asociada con náusea y visión borrosa. Posteriormente se agregó inestabilidad para la marcha con lateralización hacia la izquierda y parestesias en hemicuerpo izquierdo. En tomografía se observaron dos lesiones separadas en región parietal superior y occipital derecha, de las cuales se tomaron biopsias que fueron informadas como oligoastrocitoma grado II. Se decidió resección quirúrgica de estas lesiones. En meses posteriores presentó recurrencia. Recibió quimioterapia y radioterapia. Falleció 11 meses posterior al diagnóstico con datos de gliomatosis cerebri.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En los cortes histológicos de ambas lesiones se observó una neoplasia maligna constituida por un componente oligoastrocítico que infiltraba difusamente sustancia blanca y espacio subaracnoideo, en forma de mantos de células medianas, de núcleos centrales o alargados, nucléolos ocasionales y 4 mitosis en 10 campos de 40X; que fueron positivas para PAGF, CD56, sinaptofisina y p53, con índice de proliferación celular medido con Ki-67 de 15%. Entremezclados con el componente oligoastrocítico, se identificaron neuronas displásicas de núcleos irregulares con nucléolo prominente, pseudoinclusiones nucleares y citoplasma eosinófilo abundante, positivas con sinaptofisina. El tumor tenía una rica red capilar con formaciones glomeruloides, así como cuerpos de Psammoma. Por lo anterior se emitió el diagnóstico de GGA.

## Discusión y Conclusiones:

°°El GGA se define como una neoplasia caracterizada por incremento en la celularidad, vasos glomeruloides, necrosis y/o mitosis. En adultos, el diagnóstico diferencial debe hacerse con glioblastoma (GB). La presencia de células ganglionares displásicas permite hacer la di-

ferenciación entre ambos tumores; por lo que en biopsias pequeñas resulta difícil establecer el diagnóstico. De manera similar a los GB, el comportamiento clínico de los GGA es agresivo. De acuerdo con un estudio del SEER, la supervivencia global en adultos es de 24 meses, la cual se ve notablemente disminuida cuando el tumor es multicéntrico, como en nuestro caso. Dado que no existen series grandes relacionadas con el tratamiento en adultos, se han propuesto esquemas similares a GB, por lo que es idóneo la resección quirúrgica completa acompañada de quimioterapia y/o radioterapia.

### Bibliografía:

Terrier LM, et al. Natural course and prognosis of anaplastic gangliogliomas. *Neuro Oncol.* 2017; 19: 678-88. 2. Zanello M, et al. Clinical, imaging, histopathological and molecular characterization of anaplastic ganglioglioma. *J Neuropathol Exp Neurol.* 2016 ; 75: 971-80.

Categoría del resumen:

**Neuropatología. Clave: NU11**

Título:

**Meningioangiomatosis: Presentación de un caso y revisión de la literatura.**

Autor o autores:

**Dra. Antonieta Arroyo Maldonado, Dr. Hugo Montoya Salas, Dr. José Rodrigo Alcántara Dzib, °Dra. Margarita Flores Salgado, Dra. Alicia Georgina Siordia Reyes**

Institución o instituciones:

**UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" CMN Siglo XXI, IMSS UMAE Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund" CMN Siglo XXI, IMSS**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Antonieta Arroyo Maldonado**

### Introducción y Objetivos:

La meningioangiomatosis es una lesión cerebral poco frecuente que se caracteriza por prolife-

ración meningotelial y fibroblástica asociada a formaciones vasculares angiomasas. Se han identificado dos variantes clínicas: una asociada a neurofibromatosis tipo 2 (NF2), que clínicamente no presenta síntomas y suele ser un hallazgo postmortem, y otra de presentación esporádica, que suele manifestarse con crisis convulsivas. Este trabajo tiene como objetivo informar sobre las características clínicas e histopatológicas de esta entidad.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se trata de niña de 3 años 2 meses de edad, sin antecedentes de importancia, quien presentó súbitamente crisis convulsivas de tipo tónico-clónicas generalizadas en dos ocasiones, con duración de 3 minutos aproximadamente, sin otras manifestaciones. En la tomografía de cráneo con contraste se identificó hemorragia subaracnoidea frontal derecha y en la angiografía se reportó malformación vascular. Se decidió la resección quirúrgica de la lesión.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibieron varios fragmentos de tejido cerebral que midieron 6.0 x 3.0 x 1.5 cm. Macroscópicamente se identificaron leptomeninges de aspecto hemorrágico adosadas a la superficie, las circunvoluciones estaban parcialmente conservadas. Los hallazgos histopatológicos demostraron proliferación vascular en corteza cerebral acompañada por células meningoteliales y fibroblastos, así como calcificaciones en corteza y en sustancia blanca; las meninges se encontraron engrosadas y con hemorragia. La reacción de inmunohistoquímica con CD34 fue positiva en células endoteliales. El diagnóstico emitido fue meningioangiomatosis.

### Discusión y Conclusiones:

La meningioangiomatosis, descrita por primera vez en 1915 por Basso y Nuzum, es una lesión

tipo placa que involucra meninges, corteza cerebral o ambas. La variante esporádica tiene una edad de presentación media a los 17 años, suelen ser lesiones únicas, localizadas principalmente en lóbulo temporal y se manifiestan con crisis convulsivas, seguido de cefalea y déficits neurológicos focales. Radiológicamente las lesiones tienen una apariencia muy variable, lo que dificulta su diagnóstico prequirúrgico; se han encontrado calcificaciones hasta en el 90% de los casos y la mayoría muestra realce al contraste con gadolinio. La etiología aún no se ha determinado, se ha propuesto un origen hamartomatoso apoyado por la baja o nula inmunoreacción con MIB-1 y ausencia de alteraciones genéticas asociadas a meningiomas. La resección quirúrgica es la base para el tratamiento en casos unifocales.

### Bibliografía:

Tomkinson, C., & Lu, J.-Q. (2018). Meningioangiomas: A review of the variable manifestations and complex pathophysiology. *Journal of the Neurological Sciences*, 392, 130–136.

Categoría del resumen:

**Patología de Glándula Mamaria. Clave: GM1**

Título:

**Lesiones tipo mucocele, características clínicas e histopatológicas, experiencia de 15 años en fucam.**

Autor o autores:

**Alverde Quintana R.m., Mendoza Elizarraras D., Ríos Luna N., Hernandez Hernandez J, Balbas Lara R. Bautista Piña V.**

Institución o instituciones:

**Instituto De Enfermedades de la Mama (Iem-Fucam)**

Autor que presentará el trabajo:

**Valverde Quintana Rosa Margarita**

### Introducción y Objetivos:

Las lesiones tipo mucocele se describen como quistes revestidos por epitelio plano a cúbico con

o sin extravasación de moco al estroma; estudios recientes muestran que estas lesiones representan un espectro de cambios patológicos que va de lo benigno a lo maligno pasando por lo atípico. El propósito es describir las características clínicas y patológicas de las pacientes diagnosticadas con lesiones tipo mucocele en FUCAM en el periodo de 2005 a 2020, así como hacer hincapié en el diagnóstico diferencial con carcinoma mucinoso en biopsia de mínima invasión.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se realizó una revisión retrospectiva del archivo de patología de FUCAM del 1 de enero de 2005 al 30 de enero de 2020 buscando los casos diagnosticados como lesiones tipo mucocele, encontrando 10 casos, 7 diagnosticados mediante biopsia por estereotaxia, 2 por biopsia escisional y 1 por trucut. Se revisaron las características clínicas de las pacientes: edad, forma de presentación, lateralidad y tamaño, así como las características anatomopatológicas y los cambios acompañantes en la lesión. Se realizó un estudio descriptivo de dichas características.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se identificaron 10 lesiones en 15 años, 7 diagnosticadas mediante biopsia por estereotaxia (70%), 1 por biopsia trucut (10%) y 2 por biopsia escisional (20%). Todas estaban caracterizadas por la presencia de quistes revestidos por epitelio plano a cúbico sin atipia, con extravasación de mucina al estroma. En una de las biopsias el material era limitado, formado por escasos fragmentos de epitelio disgregados e inmersos en moco, lo que dificultó el diagnóstico diferencial con carcinoma mucinoso. Los cambios patológicos acompañantes de la lesión son variados e incluyen cambios fibroquísticos (10%), hiperplasia de células columnares sin atipia (30%), hiperplasia ductal usual (30%) y adenosis (20%). En dos casos las pacientes presentaron carcinoma micropapilar variante mucinosa, una de

ellas en la mama contralateral y otra en la misma mama pero en un sitio diferente al de la lesión.

### Discusión y Conclusiones:

Las lesiones de tipo mucocela son lesiones raras, está descrito que representan un espectro morfológico que va desde lo benigno hasta lo maligno. Estas lesiones a veces son un reto diagnóstico, máxime en biopsias de mínima invasión debido a la escasez del tejido y aunado a que los estudios de inmunohistoquímica no son útiles; sin embargo, en una buena muestra, la evaluación de las características citológicas del epitelio es de gran valor para resolver el problema. Cuando el tejido es limitado y se observan escasos fragmentos de epitelio inmersos en moco es muy difícil determinar la naturaleza de las células, por lo que se debe considerar el espectro amplio de las características morfológicas y su riesgo de malignidad, debido a esto, consideramos que la escisión de la lesión y la vigilancia con mastografía son acertadas.

### Bibliografía:

Meares et al, mucocela like lesions of the breast: clinical outcome and histological Analysis of 102 cases. *Hum Pathol* 2016 mar; 49: 333-38  
 Jaffer S, Bleiweiss IJ, Nagi CS. Benign mucocela-like lesions of the breast: revisited. *Mod Pathol*. 2011;24:683-687.

Categoría del resumen:

**Patología de Glándula Mamaria. Clave: GM2**

Título:

**Neoplasias neuroendócrinas de la mama: serie de casos del 2013 al 2019 en FUCAM/IEM y revisión de la literatura.**

Autor o autores:

**Dr. Javier Hernández Hernández, Dra. Diana Mendoza Elizarraraz, Dra. Rosa Margarita Valverde Quintana, Dra. Verónica Bautista Pina, Dra. Nina Paola Rios Luna, Dr. Juan Alberto Tenorio Torres**

Institución o instituciones:

**FUCAM/IEM**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Javier Hernández Hernández**

### Autor que presentará el trabajo:

Introducción y Objetivos: Las neoplasias neuroendocrinas primarias de mama son poco frecuentes con una incidencia de 0.1 hasta el 5 % de todos los casos y están conformados por células neoplásicas con diferenciación neuroendocrina en más del 90% de su población, presentan la morfología y marcadores positivos para células neuroendocrinas. Se clasifican en dos categorías que comprenden los tumores neuroendocrinos bien diferenciados y los carcinomas neuroendócrinos (de células pequeñas y células grandes). En esta revisión se analizan las características histopatológicas y clínicas de los casos entre 2013 y 2019.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se seleccionaron pacientes atendidas en FUCAM/IEM en el periodo de enero del 2013 a diciembre del 2019 con diagnóstico de carcinoma neuroendócrino, neoplasia neuroendocrina y/o tumor neuroendocrino con cromogranina, enolasa, CD 56 y/o sinaptofisina positivas, en pieza quirúrgica definitiva o biopsia trucut, en los que se analizaron las siguientes características: edad, tamaño del tumor, metástasis a ganglios axilares, tipo de neoplasia neuroendócrina (de acuerdo a la clasificación reciente de la OMS), resultados de estudios de inmunohistoquímica para RE, RP y HER 2 y Ki 67 así como estado actual de los pacientes.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se encontraron en total 5 casos diagnosticados como neoplasias neuroendócrinas primarias de mama, con un promedio de edad de 64 años. El promedio del tamaño del tumor fue de 6 cm.



todos los casos fueron diagnosticados de acuerdo a la clasificación más reciente de la OMS con un caso (20 %) como tumor neuroendocrino de grado intermedio y cuatro casos (80%) como carcinomas neuroendócrinos (solo uno de ellos diagnosticado como carcinoma neuroendocrino de células grandes). En todos los casos se presentó metástasis en uno o más ganglios. 2 casos (40%) fueron positivos para receptores de estrógeno y progesterona, el resto fueron triples negativos. Solamente el tumor neuroendocrino bien diferenciado tuvo un ki 67 bajo (5%), el resto tuvo un ki 67 elevado (20-90% de positividad). Una paciente falleció y 4 pacientes se encuentran en seguimiento.

### Discusión y Conclusiones:

Las neoplasias neuroendocrinas son poco diagnosticadas ya que los marcadores neuroendocrinos no se realizan de rutina, en nuestra revisión solo encontramos 5 casos. El promedio del tamaño del tumor de 2.6 cm, siendo mayor en nuestra revisión (6 cm.,). Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran los linfomas, las neoplasias neuroendócrinas primarias de pulmón, carcinomas de células de merkel y melanomas. Se ha observado que dos terceras partes de los casos son positivos para Cromogranina y Sinaptofisina, se pueden utilizar otros marcadores como CD 56 y PGP 9.5 y Enolasa. El 30 a 50% de los casos son positivos para receptores de estrógeno/progesterona (40% en nuestra revisión). Las metástasis a ganglios regionales se observa en el 40% de los casos comparados con nuestra revisión que fue del 100%, probablemente relacionado a que el tamaño del tumor fue mayor.

### Bibliografía:

Lakhani SREI, Schnitt SJ, Tan PY, van de Vijver MJ. WHO classification of tumours of the breast. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019. – Rindi G, Klimstra DS, Abedi-

Ardekani B, Asa SL, Bosman FT, Brambilla E, Busam KJ, de Krijger RR, Dietel M, El-Naggar AK, et al. A com.

Categoría del resumen:

**Patología de Glándula Mamaria. Clave: GM3**

Autor o autores:

**Nina Paola Ríos Luna, Rosa Margarita Valverde Quintana, Verónica Bautista Piña, Javier Hernández-Hernández, Diana Mendoza Elizarraráz**

Institución o instituciones:

**Instituto De Enfermedades de la Mama (Iem-Fucam)**

Autor que presentará el trabajo:

**Nina Paola Ríos Luna, Rosa Margarita Valverde Quintana**

### Introducción y Objetivos:

El carcinoma secretor corresponde a <.02 % de los carcinomas de mama, descrito en la literatura como carcinoma de mama triple negativo, de buen pronóstico y curso indolente. El objetivo es mostrar las características clínico-patológicas e inmunohistoquímicas de 6 casos de carcinoma secretor, su frecuencia de presentación en IEM-FUCAM (2005-2020) y revisión de la literatura.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Descrito por McDivitt and Stewart en 1966 como carcinoma de mama juvenil, el término fue reclasificado por Tavassoli y Norris<sup>1</sup>, al presentarse también en edad adulta. De los 6 casos diagnosticados en IEM-FUCAM, las características clínicas fueron: edad media de diagnóstico de 50.3 años, con tumor >2 cm en 83 % de los casos (1.9-5 cm), 5 de 6 pacientes fueron tratadas con mastectomía, con 100% de ganglios axilares negativos. En la revisión de la literatura las series más grandes de casos corresponden a Horowitz y col con 83 pacientes y Lijuan 2 con 44 pacientes, con tamaño tumoral de 3.5 cm en promedio, con metástasis axilares en 15-30%



de las pacientes. El ultrasonido y mastografía presentan un rango elevado de subdiagnóstico hasta en 30 % de los casos.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Las características histopatológicas e inmunohistoquímicas, de las 6 pacientes son la presencia de células poligonales grandes, dispuestas en patrón sólido, microquístico y tubular que frecuentemente mezcla los 3 patrones, con células de núcleos redondos, con atipia leve y escasas mitosis, de citoplasma anfófilo o claro vacuolado y abundante material secretor eosinófilo denso, intracelular y extracelular, PAS y AA (+). Con positividad para receptores hormonales en 33 %, Her negativo en 100% de los casos y proteína S100 positiva en 100%, Con Ki67 <10 % en 80%. La literatura describe al carcinoma secretor como carcinoma triple negativo de buen pronóstico, pero las series más grandes muestran expresión de R. estrógeno y progesterona en un 30- 40 % de los casos, sin diferencia significativa en sobrevida y pronóstico.

### Discusión y Conclusiones:

El carcinoma secretor es un tumor raro de crecimiento lento y buen pronóstico. No hay una estrategia de tratamiento, la resección quirúrgica, sin ganglio centinela ni axila, es el tratamiento de elección en tumores < 2 cm; con cirugías más extensas y axila en tumores >2cm. Al ser de buen pronóstico, las metástasis axilares y a distancia son raras, pero las series publicadas la reportan hasta en 15-30 %. Los diagnósticos diferenciales incluyen carcinoma rico en lípidos, carcinoma acinar, carcinoma quístico hipersecretor y adenoma de la lactancia. Estudios recientes identifican la translocación t(12:15) (P13;Q25) que genera la fusión del gen ETV6-NTRK3 hasta en 88.6%-92%<sup>3</sup>, que es deseable pero no necesaria para complementar el diagnóstico. Soyer y col. Sugiere que tumores mayores de 2 cm deben recibir quimioterapia o radioterapia posterior a

la cirugía y un seguimiento a 20 años.

### Bibliografía:

Tavassoli. Secretory carcinoma of the breast. *Cancer*. 1980;45:2404–2413. 2. Horowitz. Secretory carcinoma of the breast. *Breast*. 2012;21:350–353. 3. Li L. Clinicopathologic and molecular characteristics 44 patients with pure secretory breast carcinoma. *Cancer Biol Med*. 2019 Feb;16(1):139-146.

Categoría del resumen:

**Patología de Glándula Mamaria. Clave: GM4**

Título:

**Carcinoma de mama con células gigantes tipo osteoclasto. Informe de un caso.**

Autor o autores:

**Dr. Mario Murguía Pérez, Dra. Karen Alejandra Leal Tapia, Dra. Yunuén Ibiza García Mendoza, Dr. Dustin Sánchez Fernández, Dr. Lázaro Ramírez Balderrama, Dr. Saulo Mendoza Ramírez**

Institución o instituciones:

**UMAE N° 1 Hospital de Especialidades CMN Bajío IMSS, Laboratorio de Anatomía Patológica Especializada DIME**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Karen Alejandra Leal Tapia**

### Introducción y Objetivos:

Los carcinomas que contienen células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto se originan en muchos órganos, entre ellos mama, pulmón, páncreas, intestino delgado y tiroides. También se han encontrado células gigantes similares en sarcomas y en el tumor carcinoide intestinal. El carcinoma de mama con células gigantes tipo osteoclasto (CMCGO) pertenece al grupo de los carcinomas de mama de tipo especial, y a la fecha actual hay poco más de 100 casos informados en la literatura. Son tumores raros, y constituyen del 0,5 al 1,2% de los carcinomas de mama.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 44 años, sin antecedentes de importancia, la cual acudió a consulta externa por presentar tumor retroareolar en mama derecha. Se realizó mastografía de control, la cual reportó una lesión de mama BIRADS 4C, por lo que se realizó biopsia por trucut.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En los cortes histológicos se identificó un carcinoma ductal infiltrante bien diferenciado grado 1 (SBR de 4 = 1+2+1), Se identificaron células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto (CGO) tanto entre las células epiteliales de los túbulos como en el estroma entre las formaciones tubulares. No se observaron áreas de fibrosis, tejido de granulación y/o macrófagos asociados a las CGO. Se realizó inmunohistoquímica, siendo positiva a CD68 en las CGO, citoqueratinas en las células malignas, y con expresión positiva para receptores de estrógenos y progesterona, y negativo a Her2/neu. La paciente inició esquema de quimioterapia neoadyuvante y posteriormente a mastectomía radical modificada, en la que se encontró la neoplasia anteriormente descrita con respuesta parcial a la quimioterapia.

### Discusión y Conclusiones:

Los CMCGO son tumores muy inusuales. La semejanza histológica entre los osteoclastos y las células gigantes estromales que se encuentran en este tumor ha permitido que estas células se conozcan como «tipo osteoclasto». Clínicamente se comporta de forma similar al carcinoma mamario de tipo no especial. La edad promedio en el momento del diagnóstico es de 53 años. Microscópicamente, se encuentra cualquier tipo de carcinoma de mama con CGO entremezcladas en el estroma neoplásico, sin afectar a los grupos tumorales. Por inmunohistoquímica y

ultraestructura se ha demostrado claramente el origen mesenquimatoso de las CGO, siendo positivas para CD68, a1-antitripsina y muramidasa; y siendo negativas a citoqueatinas.

Algunos autores consideran que este tipo de tumor tiene pobre pronóstico, pero otros sugieren que el comportamiento de la neoplasia depende del tipo y grado histológico.

### Bibliografía:

Murguía-Pérez M., et al. Carcinoma de mama con células gigantes tipo osteoclasto. Informe de un caso de una variante rara. Rev Esp Patol. 2012; 45(4): 230-233.

Categoría del resumen:

**Patología Cardiopulmonar. Clave: PC1**

Título:

**Hemangioendotelioma epiteliode pulmonar.**

Autor o autores:

**Ochoa Murillo Lesly Manoella, Bautista Piña Verónica, Llamas Ceras Martha Leticia, Vicuña González Rosa María, Rivera Salgado María Irene**

Institución o instituciones:

**Hospital Central Sur De Alta Especialidad Pemex**

Autor que presentará el trabajo:

**Medina Illueca Venus Damaris**

### Introducción y Objetivos:

El hemangioendotelioma epiteliode es una enfermedad de difícil diagnóstico, descrita como tumor multicéntrico de escasa actividad metastásica, aparece con mayor frecuencia en mujeres jóvenes asintomáticas, como un hallazgo casual. El patrón radiológico es heterogéneo. El dato más importante para su diagnóstico es la histología de cuerpos de Weibel-Palade, o bien la inmunohistoquímica, con marcadores tumorales específicos como el factor VIII y CD34.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se presenta caso de paciente femenina de 61 años, con diagnóstico clínico de nódulos pulmonares bilaterales detectados por hallazgo radiográfico, posterior a dolor precordial súbito. Se somete a la paciente a biopsia pulmonar a cielo abierto.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió biopsia pulmonar, de forma triangular que midió 3.5x3x1.2 cm, café claro, superficie lisa y brillante, trama vascular visible. Al corte de consistencia blanda y se identificaron múltiples nódulos bien delimitados de color blanco de diferentes tamaños, el mayor de 2 mm, el estudio microscópico determinó que los nódulos correspondían a una neoplasia de estirpe vascular constituida por células endoteliales epitelioides, dispuestos en pequeños nidos dentro de una matriz hialina, con técnicas de inmunohistoquímica expresa positividad para CD31.

### Discusión y Conclusiones:

El hemangioendotelioma epitelioides es una enfermedad infrecuente, descrita por Weiss y Enzinger. Es una neoplasia de origen endotelial y carácter multicéntrico, afecta preferentemente al pulmón, hígado y partes blandas. La presentación más frecuente es como nódulos pulmonares únicos o múltiples bilaterales, crecimiento muy lento, se detectan de forma casual en mujeres menores de 40 años. Su presentación radiológica hará sospechar procesos granulomatosos o enfermedades metastásicas, se considera un tumor de malignidad intermedia y pronóstico incierto. Puede tener un curso silente, asintomático durante años y una supervivencia prolongada o, por el contrario, comenzar con un compromiso vascular, que irá destruyendo lenta e inexorablemente el pulmón hasta llevar al paciente a la muerte por insuficiencia respiratoria o hemoptisis masiva en un breve período de tiempo.

### Bibliografía:

Weiss SW, Enzinger FM. Epithelioid hemangioendothelioma: a vascular tumor; 2. Palomo-González MJ Hemangioendotelioma epitelioides de pulmón; 3. Dail DH, Liebow AA Intravascular, bronchiolar and alveolar tumor of the lung 4. Verbeke E, Lung metastasis of malignant epithelioid hemangioendothelioma.

Categoría del resumen:

**Patología Cardiopulmonar. Clave: PC2**

Título:

**Tumores cardíacos pediátricos. Presentación de dos casos y revisión de la literatura.**

Autor o autores:

**Rosa María Mejía Bañuelos, Nancy Elena Guzmán Delgado, Griselda Martínez Salazar, Theo Yasser Contreras Alvarado, Pilar Carranza Rosales**

Institución o instituciones:

**IMSS**

Autor que presentará el trabajo:

**Juan Alberto Niderhauser Castillo**

### Introducción y Objetivos:

Los tumores cardíacos primarios en edades pediátricas son poco frecuentes. En autopsias se reporta una incidencia de 0,027 a 0,08%, algunos estudios estiman una incidencia en la vida fetal entre 0,05 a 0,14%. Aproximadamente el 75% de los tumores son benignos; correspondiendo el rabdomioma cardíaco el tumor cardíaco fetal y neonatal más frecuente entre 60-90%, seguido de teratomas (25%), fibromas (12%), mixomas y hemangiomas. Algunos estudios refieren a los fibromas como el segundo tumor más frecuente. Presentar dos casos de autopsia de tumores intracardiacos (rabdomioma y fibroma).

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Caso 1. Producto de 27 SDG, de madre de 25 años, con diagnóstico ecocardiográfico en útero

de tumoración intracardiaca en ventrículo derecho no obstructiva. Se realiza cesárea a las 37.5 SDG por presentar alteración hemodinámica y crecimiento tumoral. Se realiza fístula sistémico pulmonar izquierda y ligadura de PCA, posterior a la cirugía presenta deterioro de la función pulmonar y cae en asistolia.

Caso 2. Masculino 3 años, que presenta cuadro de varicela, acude a medico encontrando soplo cardiaco, es referido a cardiología pediátrica con diagnostico ecográfico de masa ventricular, se realiza cateterismo cardiaco izquierdo, para toma de biopsia de lesión del septum interventricular. Posteriormente presenta progresión tumoral y disminución de la contractilidad del ventrículo izq.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Caso 1. Corazón de 100 gr con tumor de 3.5 x 2.5cm que ocupa la pared lateral del ventrículo derecho y septum, es lobulado, café claro, brillante, liso y de consistencia firme, protruye hacia la aurícula derecha. Microscópicamente: lesión mesenquimal, constituida por células grandes, vacuoladas con núcleo pequeño y condensación citoplasmática eosinofílica central con bandas que radian a la periferia (células en araña).  
Caso 2. Corazón de 400 gr, epicardio con dos nódulos café claros que miden 0.4 x 0.3 cm, con disminución de cavidad ventricular derecha. A nivel intraseptal con lesión ovoidea delimitada, de 10 x 9.2 cm, blanquecina, arremolinada, homogénea, al corte firme con calcificaciones. Microscópicamente: lesión mesenquimal compuesta células fusiformes, entremezclados con abundante colágeno hialinizada y microcalcificaciones. IHQ: Vimentina (+), AME (-).

### Discusión y Conclusiones:

Hay una baja prevalencia de estos tumores en la infancia. Puede ser asintomático o presentar

alteraciones eléctricas, de obstrucción mecánica, dependiendo del tamaño y la localización tumoral, pueden causar muerte intraútero o en el periodo neonatal.

La presentación clínica más frecuente en el período neonatal en la auscultación es de un soplo cardíaco y la ecocardiografía es la técnica diagnóstica de elección. Mayormente su curso clínico es benigno. El rabdomioma tiene tendencia a la regresión espontanea y asociándose a esclerosis tuberosa en 50-80% de los casos. Los fibromas están asociados a Sd. de Gorlin hasta en un 3% de los pacientes. La resección completa es preferible, sin embargo, la resección parcial puede resultar con alivio de los síntomas por largo tiempo. De ahí la importancia de un diagnóstico oportuno para tener un tratamiento adecuado y mejorar la sobrevida.

### Bibliografía:

Serkan Seçici, et al. Surgical excision of a giant cardiac fibroma in an asymptomatic child. Eur Res J 2018;4(1):52-54  
Maleszewski JJ, et al. Neoplasia and the Heart: Pathological Review of Effects With Clinical and Radiological Correlation. J Am Coll Cardiol 2018;72:202-227.

Categoría del resumen:

**Patología Cardiopulmonar. Clave: PC3**

Título:

**Blastoma pleuropulmonar de la infancia. Presentación de un caso y revisión de la literatura.**

Autor o autores:

**Griselda Martínez Salazar, Rosa María Mejía Bañuelos, Nancy Elena Guzmán Delgado, María Dolores Ruíz Pedraza, Silvia Judith Hernández Martínez**

Institución o instituciones:

**IMSS**

Autor que presentará el trabajo:

**Juan Alberto Niderhauser Castillo**

### Introducción y Objetivos:

El blastoma pleuropulmonar corresponde al 0.5% de las neoplasias del pulmón. La prevalencia es de 1 de 250, 000 de RN, y es parte de un grupo de tumores distogénicos, como tumor de Wilms, hepatoblastoma y neuroblastoma. Aproximadamente 2/3 de los niños diagnosticados con blastoma pleuropulmonar son heterocigotos para la mutación DICER1. A pesar de ser una neoplasia muy poco frecuente tiene que ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de la enfermedad pulmonar quística pediátrica. OBJ: Se presenta un caso y se revisa la literatura.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Paciente masculino, de 2 años, sin antecedentes heredofamiliares de importancia. Inicia con dificultad respiratoria e hiporexia, tos productiva, emetizante no cianozante y sibilancias. Se le diagnostica asma bronquial y se da manejo medico sin mejoría. Se agrega fiebre de 39°C. Exploración física con hipoaereación en región basal izquierda y estertores bronquiales basales. Laboratorio con leucocitosis de 28,500 de K/uL. Radiografía de tórax: radiopacidad heterogénea basal izquierda, redonda de 5x6cm. Angiotac de tórax: masa heterogénea en lóbulo basal izquierdo, hipodensa con áreas quísticas de 7.2x4.9x6.5cm. Neumotórax y derrame pleural. Se realiza lobectomía inferior izquierda, con tumor solido-quístico, bien delimitado y con reporte de biopsia transoperatoria de Neoplasia Maligna.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió para estudio, producto de lobectomía inferior de 13x9cm con pleura despulida, con solución de continuidad por la presencia de un tumor lobulado, café parduzco, con áreas de hemorragia. Al corte tumor de 10 x 9cm lobulado, amarillento, friable, de aspecto mixoide,

alternando con áreas solido - quísticas, así como zonas de necrosis y hemorragia, macroscópicamente a 4 cm del borde de resección hilar (bronquio). El diagnóstico histopatológico fue de Blastoma pleuropulmonar de la infancia que infiltra y atraviesa la pleura, tamaño tumoral de 10 cm. Borde de resección libre de tumor. Inmunohistoquímica: Vimentina, CD99, Desmina, AME positivas. S-100 y alfa 1 Antitripsina positividad focal. Ki67 con alto índice de proliferación celular.

### Discusión y Conclusiones:

El blastoma pleuropulmonar (BPP) es una neoplasia maligna poco frecuente de pulmón, conformada por componentes epitelial y/o mesenquimal. Se divide en dos tipos: del adulto y del infante. El tipo del adulto histológicamente es bifásico y monofásico. El tipo pediátrico es monofásico, compuesto por tejido mesenquimal inmaduro consistente en células indiferenciadas tipo blastema y áreas de diferenciación cartilaginosa, rabiomioblástica y/o fibroblástica. Se clasifican en: I (quístico), II (mixto) y III (sólido). Su localización es usualmente periférica. Los síntomas son inespecíficos. La cirugía radical es el tratamiento de elección y ha demostrado disminución en la tasa de recurrencia. Ya que su diagnóstico fue precoz y el tratamiento quirúrgico oportuno, nuestro paciente actualmente se encuentra libre de recidiva local y metástasis.

### Bibliografía:

Yoav H. Messinger, et al. Pleuropulmonary Blastoma: A Report on 350 Central Pathology–Confirmed Pleuropulmonary Blastoma Cases by the International Pleuropulmonary Blastoma Registry Cancer. 2015 January 15; 121(2): 276–285.

Categoría del resumen:

**Nefropatología. Clave: NF1**

Título:

**Amiloidosis renal tipo lect2 y podocitopatía. Presentación de dos casos.**

Autor o autores:

**De la Cruz Jasso Mercedes Andrea, Uribe Uribe Norma Ofelia, Mejía Vilet Juan Manuel, Valdes Lagunes David Alfonso, Alvarez Morales Rigoberto**

Institución o instituciones:

**Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubiran**

Autor que presentará el trabajo:

**De la Cruz Jasso Mercedes Andrea**

### **Introducción y Objetivos:**

Introducción: El depósito de amiloide ocurre en cualquier compartimento renal. La amiloidosis AL es la forma más común, afecta al glomérulo y la manifestación clínica más frecuente es el síndrome nefrótico. La amiloidosis renal LECT2 suele presentarse clínicamente como enfermedad renal crónica, debido a que el depósito tiene predilección por el intersticio cortical, a pesar de que puede encontrarse depositado en los demás compartimentos.

Objetivo: Presentar 2 casos de pacientes con ALECT-2 y presentación clínica con síndrome nefrótico.

### **Material y Métodos o Resumen Clínico:**

Caso1.- Hombre de 66 años. en 2011 presentó síndrome nefrótico con edema de miembros inferiores, proteinuria (7.3 g/día) albumina sérica 2.1 g/dL y Cr: 1.8 mg/dL. Recibió tratamiento con remisión de síndrome nefrótico. En 2018 presentó nuevamente edema, síndrome nefrótico, proteinuria (9.69 g/día), C3 y C4 normales.

Caso 2.- Mujer de 66 años, inició en 2018 con edema, hematomas, dolor en miembros inferiores y síndrome nefrótico, proteinuria (9.39 g/día).

### **Resultados y/o Resumen Histopatológico:**

Caso 1.- La biopsia renal mostró glomérulos con expansión mesangial leve, material extracelular intersticial amorfo debilmente PAS positivo, anfófilo con tinción de tricrómica de Masson y no argirófilo. Rojo Congo demostró coloración verde manzana bajo luz polarizada. A nivel ultraestructural se evidenció fusión difusa de procesos podocitarios así como fibras intersticiales con diámetros de 7.5 a 10 nm.

Caso 2.- La biopsia renal mostró expansión mesangial leve con material extracelular depositado en corteza renal, levemente PAS positivo, anfófilo y no argirófilo. Rojo Congo mostró coloración verde manzana bajo luz polarizada. A nivel ultraestructural se observó fusión difusa de procesos podocitarios. En ambos casos la reacción de inmunohistoquímica dirigida en contra de amiloide LECT2, resultó positiva.

### **Discusión y Conclusiones:**

Discusión: La amilodosis LECT2 suele expresarse clínicamente con disminución en la tasa de filtrado glomerular, por lo que la presencia de síndrome nefrótico se asocia a alteraciones en la barrea de filtración, por lo tanto se deben de buscar entidades que dañen dicha estructura y que acompañen a ALECT2. Hasta nuestro conocimiento, estos son los primeros dos casos en la literatura con esta asociación.

### **Conclusiones:**

La presentación clínica de síndrome nefrótico en pacientes con ALECT2, debe hacer sospechar tanto al clínico como al patólogo, de otra entidad acompañante de la amiloidosis.

### **Bibliografía:**

Benson MD, James S, Scott K et al. Leukocyte chemotactic factor 2; A novel renal amyloid



protein. *Kidney International* 2008;74:218–222.  
Larsen CP, Kossmann RJ, Beggs ML, et al. Clinical, morphologic and genetic features of renal leukocyte chemotactic factor 2 amyloidosis. *Kidney Int.* 2014;86:378-382.

Categoría del resumen:

**Nefropatología. Clave: NF2**

Título:

**Donadora renal portadora de Amiloidosis LECT2, cuál ha sido su evolución en 8 años de seguimiento.**

Autor o autores:

**De la Cruz Jasso Mercedes Andrea, Uribe Uribe Norma Ofelia, Alvarez Morales Rigoberto, Morales Buenrostro Luis Eduardo**

Institución o instituciones:

**Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubiran**

Autor que presentará el trabajo:

**De la Cruz Jasso Mercedes Andrea**

### Introducción y Objetivos:

Recientemente se describió un nuevo tipo de amiloide prevalente en población hispana y derivado de la proteína LECT2, este nuevo amiloide suele depositarse en el intersticio renal cortical, los pacientes pueden desarrollar enfermedad renal crónica, sin embargo, no se conoce el cuadro clínico completo ni existe tratamiento para esta entidad.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente donadora renal con diagnóstico de amiloidosis LECT2 en biopsia protocolizada tiempo cero y su evolución clínica.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 53 años sana, que ingresó a protocolo de trasplante renal para su hija, posterior a todos los estudios de laboratorio y gabinete sin contraindicación para el procedimiento que se realizó en 2011 y consistió en nefrectomía laparoscópica

izquierda sin complicaciones, Cr antes de la procuración 0.7 mg/dl. Durante su seguimiento en la consulta externa se ha mantenido con Cr basal de 0.8mg/ml, proteinuria 176mg/dl en 24h, presión arterial normal y asintomática.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se realizó biopsia renal protocolizada tiempo cero que fue diagnosticada como hialinosis leve, fibrosis intersticial y atrofia tubular leves. En 2020 se realiza biopsia de injerto renal por deterioro de la función renal en la que se observó rechazo activo mediado por anticuerpos así como la presencia de material amorfo extracelular débilmente PAS positivo, anfófilo con tinción tricrómica de Masson y no argirófilo que mostró positividad con tinción de rojo Congo por lo que se trataba de amiloide, se reevaluó la biopsia inicial identificándose depósito de amiloide intersticial, se realizó detección de amiloide LECT2 por inmunohistoquímica en ambas biopsias que resultó positiva.

### Discusión y Conclusiones:

Los donadores son estudiados exhaustivamente para poder ser aceptados en el protocolo de trasplante; ALECT2 puede cursar de manera asintomática y no ser detectados siendo un hallazgo en biopsias protocolizadas o por causa. En el presente caso la donadora tiene función renal normal y se encuentra asintomática, a pesar de ser portadora de ALECT2 y ser monorréna, en el seguimiento de 9 años.

### Conclusión:

La buena evolución de la donadora, sugiere que esta condición no representa una contraindicación para la Donación.

### Bibliografía:

Mejia Vilet JM, Cárdenas Mastrascusa LR, Palacios Cebreros EJ et al. LECT2 Amyloidosis in

Kidney Transplantation: A Report of 5 Cases  
American Journal of Kidney Diseases 74(4) ·  
May 2019.

Categoría del resumen:

**Nefropatología. Clave: NF3**

Título:

**Síndrome de meckel-gruber. Reporte de un caso.**

Autor o autores:

**Villalpa Flores María Fernanda 1, Reyes Lizao-la Sebastián 1, Loyola Rodríguez Georgina 2**

Institución o instituciones:

**1 Facultad de Medicina, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla 2 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de San Andrés Cholula**

Autor que presentará el trabajo:

**Loyola Rodríguez Georgina 2**

### Introducción y Objetivos:

El síndrome de Meckel-Gruber, es enfermedad congénita letal heredada en un patrón autosómico recesivo.

Esta condición es considerada una ciliopatía cuya alteración se manifiesta en múltiples malformaciones, siendo entre las más características, encefalocele occipital, riñones poliquísticos y polidactilia, pudiendo coexistir otras anomalías sistémicas debido a su gran variabilidad fenotípica.

Objetivo: Describir y comprender las presentaciones clínico- patológicas del Síndrome de Meckel-Gruber con el estudio de autopsia, resaltando los hallazgos renales, como dato más importante.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se trata de primera gesta de femenina de 17 años, sin antecedentes genéticos conocidos, que en un estudio ultrasonográfico prenatal se encuentra producto de 16 semanas de gestación con diagnóstico

probable de Síndrome de Meckel-Gruber (SMG). Debido a la presencia de síndrome dismórfico no compatible con la vida, se decide interrupción del embarazo. Ulteriormente, se envía a estudio histopatológico para confirmación de SMG.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En el servicio de anatomía patológica, se recibe producto masculino; óbito de peso de 140 gramos, talla de 18 cm, perímetro cefálico, torácico y abdominal de 11 cm, 12 cm, y 14 cm respectivamente. Se observa hipertelorismo, pabellones auriculares de implantación baja, fisura labio-palatina, protrusión abdominal y polidactilia postaxial en extremidades superiores e inferiores. A la disección de órganos retroperitoneales; se observa riñón derecho de dimensiones 3.5 x 2.0 x 3.0 cm e izquierdo de 3.7 x 1.6 x 2.0 cm, ambos con múltiples cavidades quísticas las cuales reemplazan el parénquima renal. Microscópicamente, se identifican conductos colectores dilatados, revestidos de epitelio cúbico simple, escasa fibrosis intersticial, y presencia de quistes corticales y medulares, con glomérulos embrionarios de apariencia normal, siendo hallazgos concordantes con nefronoptosis.

### Discusión y Conclusiones:

Se confirmó Síndrome de Meckel-Gruber por existencia de las tres anomalías mayores en el estudio anatomopatológico. La realización de un diagnóstico temprano mediante ultrasonografía es vital por ser una patología no compatible con la vida, siendo fundamental su confirmación a través de otros elementos y la realización de un asesoramiento genético, ya que el riesgo de recurrencia en embarazos próximos es del 25%.

### Bibliografía:

Audifred J, Barrita I, Ortiz G, Sánchez H, Camacho A. Diagnóstico prenatal de síndrome de Meckel-Gruber.

Reporte de un caso y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2016 [consultado 30 Octubre 2018];84(2):105-111. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom1>

Categoría del resumen:

**Patología del Tubo Digestivo. Clave: TD1**

Título:

**Reclasificación histológica de las neoplasias mucinosas apendiculares.**

Autor o autores:

**Sánchez Lara Alberto, González Flores Valentín, Aristi Urista Gerardo.**

Institución o instituciones:

**Hospital General de México "Eduardo Liceaga"**

Autor que presentará el trabajo:

**Sánchez Lara Alberto**

### Introducción y Objetivos:

Las neoplasias mucinosas apendiculares son poco frecuentes y de diagnóstico clínico difícil. Representan menos del 1% de todos los cánceres de tubo digestivo. Son un grupo heterogéneo de enfermedades con un potencial maligno variable, como lo reflejan los diferentes sistemas de clasificación. La OMS identifica características morfológicas (arquitectura, citología y actividad mitótica) para clasificarlas. En 2016, el Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI) publicó un consenso que sustituyó al de la OMS. El curso clínico, tratamiento y pronóstico están determinados por el estadio e histología.

Objetivos: Reclassificar las neoplasias mucinosas apendiculares en el Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga".

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal (2002-2019) de todos los casos de neoplasias mucinosas apendiculares (NMA), diagnosticados

en autopsias y patología quirúrgica, aplicando los criterios histopatológicos de la clasificación del "GIOP/PSOGI", para conocer su tipo y frecuencia, asociación con otras lesiones, concordancia entre el diagnóstico presuntivo con el anatomopatológico y algunos datos epidemiológicos generales.

### Discusión y Conclusiones:

Se trata de entidades poco frecuentes, la mayoría correspondiendo con lesiones de bajo grado, con predominio en el sexo femenino con relación (3.3:1), y una edad media de presentación de 55 años. El tipo específico de NMA está relacionado directamente con el tratamiento y pronóstico. Se debe considerar como posible primario, en todo caso de adenocarcinoma peritoneal.

### Bibliografía:

- Carr NJ, Cecil TD, Mohamed F, Sobin LH, Sugarbaker PH, González-Moreno S, et al. A Consensus for Classification and Pathologic Reporting of Pseudomyxoma Peritonei and Associated Appendiceal Neoplasia: The Results of the Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI). *Am J Surg Pathol*. 2016;40(1):14-26.
- Shaib WL, Assi R, Shamseddine A, Alese OB, Staley C, Memis B, El Rayes BF. Appendiceal Mucinous Neoplasms: Diagnosis and Management. *The Oncologist*. 2017;22(9):1107-1116.
- Carr NJ, Bibeau F, Bradley RF, Dartigues P, Feakins RM, Geisinger KR, et al. The histopathological classification, diagnosis and differential diagnosis of mucinous appendiceal neoplasms, appendiceal adenocarcinomas and pseudomyxoma peritonei. *Histopathology*, 2017; 71(6): 847-858.
- Legué LM, Creemers GJ, de Hingh IHJT, Lemmens VEPP, Huysentruyt CJ. Review: Pathology and Its Clinical Relevance of Mucinous Appendiceal Neoplasms and Pseudomyxoma Peritonei. *Clin Colorectal Cancer*. 2019;18(1):1-7.

Categoría del resumen:

**Patología del Tubo Digestivo. Clave: TD2**

Título:

**Adenoma de las Glándulas de Brunner. Reporte de Caso.**

Autor o autores:

**Moisés Salamanca García, Velma Yahel Jasso Sosa, América Patricia Bernal Montalvo.**

Institución o instituciones:

**Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE.**

Autor que presentará el trabajo:

**Velma Yahel Jasso Sosa**

### **Introducción y Objetivos:**

Los tumores primarios de duodeno representan menos del 1% de los tumores del tracto gastrointestinal. El adenoma de las glándulas de Brunner (también conocido como nódulos de las glándulas de Brunner, Hamartoma de las glándulas de Brunner o Hiperplasia nodular de las glándulas de Brunner), es un tumor benigno de intestino delgado que tiene una incidencia estimada menor a 0.01%. Se reportó el primer caso en 1835 y su patogénesis aún es incierta. Se presenta en adultos de edad media, sin predilección de sexo. Clínicamente se puede presentar como sangrado de tubo digestivo u obstrucción duodenal.

### **Material y Métodos o Resumen Clínico:**

Se trata de paciente femenino de 73 años de edad, con antecedente de Diabetes tipo 2 desde hace 13 años. Con cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por dolor y distensión abdominal, evacuaciones diarreicas y pérdida de peso significativa. Se le realizaron estudios de imagen y endoscópicos, documentándose lesión de aspecto polipoide a nivel de duodeno. A la cual se le realizó resección y se envió a estudio histopatológico.

### **Resultados y/o Resumen Histopatológico:**

En el material estudiado, se observó proliferación de glándulas submucosas, las cuales son tubulares, ramificadas, y están formadas por células cilíndricas con citoplasma amplio y claro, acompañadas por escasos conductos y elementos estromales. El proceso es focal y mide 1.5cm. Sin evidencia de displasia o malignidad. El resultado histopatológico reportó Adenoma de glándulas de Brunner.

### **Discusión y Conclusiones:**

Las glándulas de Brunner son glándulas submucosas del duodeno, constituidas por acinos secretores de mucina. Se extienden desde el píloro distal hasta la segunda porción del duodeno. Los factores implicados en su patogénesis que se han reportado en la literatura, son: hiperacidez, infección por *Helicobacter pylori*, como respuesta a irrigación local o hiperactividad simpática. Sin embargo, la causa aún es incierta. Curveilhier describió el primer caso de adenoma de glándulas de Brunner en 1835, y se han descrito en la literatura, menos de 200 casos hasta ahora. Generalmente se trata de una lesión polipoide, con un tamaño menor a 2cm, se han descrito cambios displásicos en 2.1% y carcinoma invasivo en 0.3%. Los estudios de imagen y endoscópicos son útiles para la detección de estas lesiones y una biopsia usualmente es diagnóstica. Hasta el momento, no se han reportado casos de recurrencia

### **Bibliografía:**

“Brunner’s Gland Adenoma – A Rare Cause of Gastrointestinal Bleeding: Case Report and Systematic Review.”  
Case Reports in Gastroenterology., vol. 11, 27 Jan. 2017. Padilla, Maykel Ruiz. “Hiperplasia De Las Glándulas De Brunner. A Propósito De

2 Casos." Revista De Gastroenterología Del Perú, vol. 34.

Categoría del resumen:

**Patología del Tubo Digestivo. Clave: TD3**

Título:

**Malacoplaquia gastrointestinal en paciente Inmunodeprimido.**

Autor o autores:

**Meléndez García Iván, Moisés Salamanca García, Hernández Hernández Regina Canade, María Edith Salgado Alday, Marvin Jazziel Benavides Maruri, Galindo García Alejandro**

Institución o instituciones:

**Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE.**

Autor que presentará el trabajo:

**Iván Meléndez García**

### Introducción y Objetivos:

La malacoplaquia, descrita por primera vez por Michaelis y Gutmann en 1902, es una enfermedad granulomatosa rara que ocurre comúnmente en el tracto urinario y secundariamente en el tracto gastrointestinal. La mayoría de los casos reportados están asociados con enfermedades inmunosupresoras o enfermedades crónicas prolongadas. La malacoplaquia gastrointestinal puede ser confundida con neoplasias, especialmente cuando la lesión se encuentra ulcerada o está acompañada de afectación ganglionar.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se presenta el caso de un paciente masculino de 66 años con diagnóstico de inmunodeficiencia secundaria, yeyunoileitis ulcerosa asociada a enfermedad celiaca y enfermedad de Crohn, el cual durante un internamiento por cuadro de fiebre de origen desconocido se detecta a nivel de mesogastrio tumoración adherida a planos profundos de aproximadamente 5 cm de diámetro, doloroso a la movilización. Mediante

ultrasonido endoscópico se encuentra lesión tumoral de 45x56 mm por debajo de cabeza de páncreas, de la cual se tomó biopsia.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En los hallazgos de histopatología se encontró material constituido en su totalidad por abundantes histiocitos con citoplasma amplio, eosinófilo, gránulos basófilos y calcificaciones laminares, sobre un escaso estroma fibroso con hemorragia. Dentro de la histoquímica empleada, el ácido peryodico de schiff (PAS) resultó positivo en los gránulos citoplasmáticos, mientras que la tinción de Von Kossa resaltó calcificaciones intra y extracitoplasmáticas; siendo los hallazgos anteriores compatibles con cuerpos de Michaelis-Gutmann. Se realizó inmunomarcación con anticuerpo CD68 el cual fue positivo en el citoplasma de histiocitos. Con lo anterior se llegó al diagnóstico de malacoplaquia y se descartó proceso neoplásico.

### Discusión y Conclusiones:

Histológicamente la malacoplaquia se define como sábanas de histiocitos llamados células de von Hansemann, con acumulación de inclusiones granulares, las cuales son PAS+, diastasa resistente; y cuerpos calcificados de Michaelis-Gutmann, los cuales son patognomónicos, y pueden visualizarse con la tinción de von Kosa o azul de Prusia. Inmunohistoquímicamente positivos para CD68. Fuera del tracto urinario, parece no haber predilección por raza, género o edad. Actualmente de etiología desconocida, existen tres posibles mecanismos, el primero de origen infeccioso, segundo por una respuesta inmune anormal y el tercero como defecto de lisosomas. En el tracto gastrointestinal su presentación varía desde una forma asintomática hasta dolor y obstrucción. El tratamiento, dependerá de la clínica para el uso de antibióticos, colinérgicos, disminución de inmunosupresores o escisión quirúrgica.

## Bibliografía:

4-Yared RA, Badran HA. Colonic Malakoplakia : A Rare Finding in a Healthy Male. Case Rep Gastroenterol 2018;12:453–456- Yousef GM, Naghibi B. Malakoplakia Outside the Urinary Tract. Arch Pathol Lab Med. 2007;131:297-300 2 -Yen JM, et al. Rectosigmoid malakoplakia BMJ Case Rep 2017

Categoría del resumen:

**Patología del Tubo Digestivo. Clave: TD4**

Título:

**Pólipos serrados del apéndice cecal. Informe de 4 casos.**

Autor o autores:

**Sánchez Lara Alberto\*, Joan Estefany Lagos González\*\*, Aristi Urista Gerardo\***

Institución o instituciones:

**\*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de México y Facultad de Medicina, UNAM.**

**\*\*Laboratorios Médicos, Tegucigalpa, Honduras.**

Autor que presentará el trabajo:

**Sánchez Lara Alberto**

## Introducción y Objetivos:

En el apéndice cecal, los pólipos serrados tienen mutaciones diferentes a sus contrapartes colónicas, y probablemente sean neoplasias diferentes. Por esa razón, el Grupo Internacional de Oncología del Peritoneo Superficial (PSOGI) sugiere que, en este sitio, lesiones idénticas a pólipos serrados sésiles y adenomas serrados, sólo se clasifiquen como “pólipos serrados” (PSA). Los PSA son lesiones raras y poco conocidas por los patólogos. Informamos 4 casos característicos encontrados como hallazgos incidentales.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Informamos 4 casos de PSA que reúnen todos los requisitos histopatológicos diagnósticos.

Analizamos la edad de presentación y describimos las características morfológicas clave para el diagnóstico.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

De los 4 casos, 2 corresponden a mujeres y 2 a hombres. El rango de edad fue de 35 a 73 años, con un promedio de 57. Todos fueron hallazgos incidentales; en los hombres se presentaron como apendicitis aguda, mientras que en las mujeres se efectuó apendicectomía profiláctica durante salpingooforectomía bilateral por neoplasias ginecológicas no asociadas al PSA. Las cuatro lesiones reúnen los criterios histopatológicos diagnósticos de los PSA: tamaño grande que involucraba no circunferencialmente la mucosa, arquitectura sésil túbulo-vellosa, criptas ectópicas (irregulares, ramificadas, dilatadas en la base, en forma de “L” o “T”) que pierden el aspecto tubular simétrico ‘en embudo’ característico de los pólipos hiperplásicos convencionales y epitelio cilíndrico de tipo intestinal que tiene contorno serrado y abundante citoplasma eosinófilo. Ninguno de los casos tuvo displasia asociada.

## Discusión y Conclusiones:

El examen histopatológico es el estándar de oro diagnóstico. En colon, los PS forman un grupo de tres lesiones: pólipos hiperplásicos convencionales, PS sésiles y adenomas serrados, que se caracterizan por ser >1 cm, arquitectura sésil túbulo-vellosa, criptas ectópicas, epitelio serrado y citoplasma eosinófilo, con/sin cambios displásicos. Se consideran verdaderas neoplasias, precursoras de carcinomas con inestabilidad microsátélites y asociadas a mutaciones en BRAF.

La clasificación y nomenclatura de los PSA es confusa y controvertida. Los PSA tienen mutaciones diferentes a las colónicas (KRAS). Los expertos recomiendan que las lesiones idénticas a PS sésiles y adenomas serrados, en apéndice, se designen como PS con/sin displasia de bajo



o alto grado. Los diagnósticos diferenciales más importantes de los PSA son los adenomas vellosos y las neoplasias mucinosas apendiculares.

### Bibliografía:

Bellizzi, A. M. Serrated Lesions of the Appendix. *American Journal of Clinical Pathology*, 2010;133(4):623–632. Carr, N. J. The histopathological classification, diagnosis and differential diagnosis of MAN, appendiceal adenocarcinomas and PMP. *Histopathology*, 2017;71(6):847–858.

Categoría del resumen:

**Patología del Tubo Digestivo. Clave: TD5**

Título:

**Polipo hiperplásico gástrico recidivante en esófago.**

Autor o autores:

**Salamanca García Moises, Bernal Montalvo America Patricia, Jasso Sosa Velma Yahel**

Institución o instituciones:

**ISSSTE CMN 20 de Noviembre**

Autor que presentará el trabajo:

**Bernal Montalvo America Patricia**

### Introducción y Objetivos:

El estudio de los pólipos del tracto digestivo superior centra su mayor interés en los pólipos gástricos debido a su potencial maligno, lo que no sucede con los pólipos esofágicos que son poco frecuentes y principalmente benignos. Las lesiones polipoides del esófago se componen de tejido mesenquimatoso y tejido epitelial escamoso. El tejido mesenquimatoso puede ser fibroso, vascular, adiposo o una combinación de los anteriores. Estas lesiones son raras y representan el 13% de los tumores benignos del esófago.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se trata de paciente masculino de 60 años, médico, con antecedente de obesidad, Hipertensión

Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus tipo 2 y Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.

Con cuadro clínico de varios meses de evolución, caracterizado por pirosis y disfagia ocasional. Se le realizaron estudios de endoscopia documentándose lesión de aspecto polipoide en esófago distal, a la cual se le realizó toma de biopsia.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El resultado histopatológico reportó: metaplasia gástrica con pólipo hiperplásico, sin identificar esófago residual. Cabe mencionar que el paciente ha recidivado con esta lesión en múltiples ocasiones (seis veces en 2019), se ha realizado mucosectomías en todas las ocasiones con mismo resultado histopatológico.

### Discusión y Conclusiones:

Topográficamente, los pólipos gástricos, de glándula fúndica por lo general ocurren en el cuerpo o fondo gástrico, y los adenomas, en el antro; los pólipos hiperplásicos, los tumores neuroendocrinos y las metástasis suelen ser lesiones múltiples. Los pólipos hiperplásicos de esófago, también llamados pólipos esofagogástricos son lesiones poco comunes, aunque aumentan su frecuencia, si aparecen cerca de la unión gastroesofágica. Pueden representar una respuesta mucosa exagerada a la lesión esofágica, que incluye ulceración y reparación asociada al reflujo, vómitos prolongados, o enfermedades inflamatorias. Solo el 27% de los pólipos esofágicos aparecen en esófago distal, y generalmente no se describen con características solo gástricas y recidivantes como en el caso expuesto.

### Bibliografía:

Evaluación de los pólipos gástricos en endoscopia. (2014). *Asociación Mexicana De Endoscopia Gastrointestinal*, 26(2), 62–69. doi: 10.1016/j.endomx.2014.03.001. Benign

esophageal lesions: Endoscopic and pathologic features. (2015). *World J Gastroenterol.*, 21(4), 1091–1098. doi: 10.3748/wjg.v21.i4.1091

Categoría del resumen:

**Patología del Tubo Digestivo. Clave: TD6**

Título:

**Psarcoma epitelioides de tipo proximal primario de canal anal. Presentación de un caso y revisión de la literatura.**

Autor o autores:

**Carolina Cruz Reyes, Alicia MC Cervantes Sánchez, Miguel Enrique Cuéllar Mendoza, Fredy Chablé Montero**

Institución o instituciones:

**Hospital San Ángel Inn Universidad**

Autor que presentará el trabajo:

**Fredy Chablé Montero**

### Introducción y Objetivos:

El sarcoma epitelioides de tipo proximal (SETP) es una neoplasia poco frecuente que representa menos del 1% de todos los sarcomas. Fue caracterizado en 1997 como una variante agresiva del sarcoma epitelioides, suele tener morfología rabdoide y epitelioides, por lo que el diagnóstico diferencial incluye un gran número de sarcomas de alto grado, carcinomas poco diferenciados, melanoma y linfomas. Son tumores localmente agresivos con recurrencias hasta en 50% de los casos. El objetivo de este trabajo revisar la frecuencia y diagnóstico diferencial del SETP de canal anal.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 70 años con datos de hemorragia de tubo digestivo bajo aparentemente secundario a enfermedad hemorroidal. Se programó para hemorroidectomía. Durante la exploración quirúrgica anorrectal, se identificó tumor multilobulado e infiltrante, ulcerado, que dependía de la línea pectínea. Se tomó biopsia incisional que en estudio definitivo se informó como SETP.

Posteriormente, en la estadificación clínica, los estudios de imagen evidenciaron un tumor de 5 cm dependiente de canal anal con metástasis a ganglios linfáticos perirrectales, por lo posteriormente se realizó resección abdominoperineal.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En los cortes histológicos de la biopsia incisional y del producto de resección abdominoperineal, se observó un tumor ulcerado de aspecto multilobulado y digitiforme de 5.5 x 4.5 cm en canal anal, que macroscópicamente infiltraba hasta el tejido adiposo. El tumor estaba constituido por células grandes y epitelioides con citoplasma abundante eosinófilo, de núcleos vesiculosos con nucléolo prominente y mitosis atípicas (25 mitosis en 10 campos de 40X). Alternaban con células de morfología rabdoide, áreas fusocelulares y zonas de necrosis geográfica. Se identificó infiltración a tejido adiposo y músculo estriado de canal anal, invasión linfática y perineural multifocales, así como 2 ganglios linfáticos con metástasis. El tumor fue positivo para CKAE1/AE3, y negativo para INI-1, CD34, HMB-45, Melan-A y Desmina.

### Discusión y Conclusiones:

En la serie de Guzzetta y cols. de 22 casos de sarcoma epitelioides, sólo se reportó un caso primario de región anal sin especificar la variedad; mientras que, en la serie de Hasegawa y cols. de 20 casos de SETP ninguno fue de canal anal. Por otro lado, Nasiff y cols. describieron 48 casos de sarcomas de región anorrectal, de los cuales ninguno correspondió con sarcoma epitelioides. Dada la edad de nuestro paciente, el diagnóstico diferencial de SETP de canal anal debe incluir tumor del estroma gastrointestinal, melanoma, carcinoma epidermoide poco diferenciado y linfoma plasmablastico. Uno de los marcadores más útiles para apoyar el diagnóstico de SETP es INI-1, el cual se encuentra ausente en este tipo de tumores. Existe controversia con relación al

tratamiento de elección, pero se ha propuesto resección quirúrgica con bordes amplios, seguido de quimioterapia y radioterapia.

### Bibliografía:

Guzzetta AA, Montgomery EA, Lyu H, et al. Epithelioid sarcoma: one institution's experience with a rare sarcoma. *J Surg Res.* 2012; 177: 116–122.  
Hasegawa T, Matsuno Y, Shimoda T, et al. Proximal-type epithelioid sarcoma: a clinicopathologic study of 20 cases. *Mod Pathol.* 2001; 14: 655–63.

Categoría del resumen:

**Patología del Tubo Digestivo. Clave: TD7**

Título:

**Tumor fibroso calcificante gástrico. Presentación de un caso y revisión de la literatura.**

Autor o autores:

**Carolina Cruz Reyes, Miguel Enrique Cuéllar Mendoza, Alicia MC Cervantes Sánchez, Fredy Chablé Montero, Luis Alberto Espino Urbina**

Institución o instituciones:

**Hospital San Ángel Inn Universidad**

Autor que presentará el trabajo:

**Fredy Chablé Montero**

### Introducción y Objetivos:

El tumor fibroso calcificante (TFC) es una neoplasia benigna poco frecuente, que representa menos del 1% de todos los tumores mesenquimatosos; descrita por primera vez en 1988 como un tumor de extremidades en niños. En la actualidad se sabe que es más frecuente en tubo digestivo, principalmente en estómago, en donde representa el 2% de todas las neoplasias mesenquimatosas. El objetivo de este trabajo es informar un caso de esta entidad con énfasis en el diagnóstico diferencial de tumores hialinizados del estómago.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 39 años, previamente sana, que acudió a consulta con gastroenterólogo debido a

dispepsia, náusea y síntomas gastrointestinales inespecíficos. Por la sospecha clínica de infección por *Helicobacter pylori*, se le sometió a panendoscopia, en la cual se observó proceso inflamatorio agudo en región antral y pilórica, así como un tumor subepitelial en la porción distal de la curvatura mayor, que se corroboró mediante tomografía computada. En las biopsias se confirmó el diagnóstico de gastritis por *H. pylori*, pero no fue posible evidenciar neoplasia. Debido a la sospecha clínica, endoscópica y por imagen de probable tumor del estroma gastrointestinal, se realizó gastrectomía distal laparoscópica. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En la gastrectomía parcial se identificó un tumor nodular submucoso de bordes bien definidos, no encapsulado, con superficie de corte homogénea de color blanco gris, que midió 2.9 x 1.6 cm. En los cortes histológicos se observó neoplasia mesenquimatosas conformada por proliferación de células fusiformes de aspecto fibroblástico, inmersos en estroma fibroso denso hialinado, asociado con cúmulos de células plasmáticas y linfocitos, así como focos de calcificación distrófica. Se realizó estudio de inmunohistoquímica para DOG1, CD117, S100, actina de músculo liso e IgG4, que fueron negativos. Se estableció el diagnóstico de tumor fibroso calcificante gástrico.

### Discusión y Conclusiones:

Chorti y cols. documentaron por primera vez que el estómago es el sitio de afección más frecuente (18%), por lo que en esta localización anatómica, el diagnóstico diferencial debe realizarse con tumor del estroma gastrointestinal, leiomioma y schwannoma hialinizados. El uso de marcadores de inmunohistoquímica como DOG1, CD117, S100 y actina de músculo liso, así como la presencia de áreas calcificadas, permiten dife-

renciarlo de estas neoplasias. Debido a que se han descrito casos relacionados con enfermedad por IgG4, en nuestro caso, la negatividad para este marcador apoya una forma esporádica. El tratamiento de elección es la escisión local endoscópica o quirúrgica. El TFC es una entidad poco conocida por el patólogo, que debe ser considerada dentro del espectro de neoplasias mesenquimatosas gástricas, sobre todo cuando presentan hialinización extensa.

### Bibliografía:

Agaimy A, et al. Calcifying fibrous tumor of the stomach : clinicopathologic and molecular study of seven cases. *Am J Surg Pathol.* 2010; 34: 271-8. Chorti A, et al. Calcifying fibrous tumor review of 157 patients reported in international literature. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95: 1–12.

Categoría del resumen:

**Hematopatología. Clave: H1**

Título:

**Linfadenopatía proteinácea. Presentación de un caso idiopático.**

Autor o autores:

**Alicia MC Cervantes Sánchez, Miguel Enrique Cuéllar Mendoza, Carolina Cruz Reyes, Fredy Chablé Montero, Luis Alberto Ortega Porcayo.**

Institución o instituciones:

**Hospital San Ángel Inn Universidad**

### Introducción y Objetivos:

La linfadenopatía proteinácea, también conocida como linfadenopatía angiocéntrica esclerosante, es una entidad subdiagnosticada de etiología desconocida que se caracteriza por depósito de material amorfo PAS positivo. Su incidencia incrementa con la edad y puede asociarse con enfermedades reumatológicas (principalmente artritis reumatoide), infecciosas, crónicas y neoplásicas. El objetivo de este trabajo es

describir un caso de esta entidad y de naturaleza idiopática, resaltando la importancia del diagnóstico diferencial con neoplasias, principalmente linfomas.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 63 años previamente sano que acudió a consulta por presencia de nódulo cervical, sin otros síntomas acompañantes. A la exploración física se identificó ganglio linfático de 1.6 cm de eje mayor, de consistencia ahulada, no adherido a planos profundos. Se le realizó biopsia escisional por sospecha clínica de linfoma. Se estableció el diagnóstico de linfadenopatía proteinácea. Durante el seguimiento, a los 12 meses se extirpó un segundo ganglio linfático de 6.5 cm, que se diagnosticó de la misma forma, por lo que recibió tratamiento con esteroides. Durante 28 meses de seguimiento no se ha documentado hipergammaglobulinemia, neoplasia o enfermedad reumatológica asociada. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se estudio ganglio linfático ovoide de 1.6 cm de diámetro, que al corte presentó superficie lisa de color blanco gris y consistencia ahulada. Los cortes histológicos del ganglio linfático mostraron atrofia del tejido linfoide, sin evidencia de centros germinales, debido a múltiples nódulos confluentes de material proteináceo hialinizado PAS positivo, que en algunas zonas tenían disposición perivascular. Dentro de varios nódulos se observaron grupos de linfocitos T y B maduros; mientras que, en la paracorteza residual se identificaron linfocitos T positivos para CD43 y Bcl-2. El índice de proliferación celular medido con Ki-67 fue menor al 10%. Adicionalmente, se realizó inmunohistoquímica para CD138, Kappa y Lambda, así como tinción de rojo Congo, que fueron negativos. Por lo que se emitió el diagnóstico de linfadenopatía proteinácea.

## Discusión y Conclusiones:

La linfadenopatía proteinácea es una entidad poco frecuente, descrita por Osborne y cols. en 1979. Desde entonces se han informado aproximadamente 18 casos en la literatura. La mayoría de los pacientes tenían edad promedio de 52 años al momento del diagnóstico. Los sitios ganglionares afectados con mayor frecuencia son los de región axilar y cervical (38.9%). Los diagnósticos diferenciales incluyen linfomas con esclerosis (ej. Linfoma de Hodgkin), tuberculosis, sarcoidosis y amiloidosis. Debido a que algunos pacientes presentan hipergammaglobulinemia y el material depositado remeda amiloide, es necesario excluir neoplasias de células plasmáticas. El presente caso fue considerado como linfadenopatía proteinácea idiopática debido al no encontrarse enfermedades relacionadas.

## Bibliografía:

Kravtsov O, et al. Proteinaceous lymphadenopathy in a young patient with history of classical Hodgkin lymphoma. *Int J Surg Pathol.* 2019; 27: 176-180. Islam MS, et al. Benign lymphadenopathy presented in a malignant pathway. *Int J Blood Res Disord.* 2018 5: 030.

Categoría del resumen:

**Hematopatología. Clave: H2**

Título:

**Linfoma B difuso de células grandes con morfología en anillo de sello. Reporte de un caso.**

Autor o autores:

**Javier Alejandro Teco Cortes, Oscar Enrique Sánchez Castro, Juan José Navarrete Pérez**

Institución o instituciones:

**Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" y Facultad de Medicina U.N.A.M.**

Autor que presentará el trabajo:

**Javier Alejandro Teco Cortés**

## Introducción y Objetivos:

El linfoma con células en anillo de sello es un linfoma no Hodgkin poco frecuente, puede ser originado de células B (linfoma folicular o como variante de un linfoma difuso de células grandes) o células T. Tienen el citoplasma de aspecto vacuolado, con el núcleo desplazado a la periferia, lo que le da su morfología característica, la cual puede ser confundida con otras neoplasias como carcinomas y liposarcomas. Presentamos un caso de linfoma con células en anillo de sello, por su escasa frecuencia y la importancia en su diagnóstico.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 67 años; inició su padecimiento 18 meses previos a su diagnóstico, con aumento de volumen en región axilar derecha, inguinal derecha y cervical izquierda, asociado a sudoración nocturna, por lo que acudió a valoración. En la exploración física se identificaron múltiples conglomerados, fijos a planos profundos, de blandos a pétreos y no dolorosos, el de mayor tamaño en región axilar derecha de 15 x 15 cm, seguido de región inguinal derecha de 10 x 8 cm, y el menor en región cervical izquierda de 3 x 3 cm. Se realizó fibronasolaringoscopia la cual fue normal. El ultrasonido abdominal reportó esplenomegalia (bazo de 532 cc) y quistes simples en riñón izquierdo.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se realizó biopsia por incisión del conglomerado ganglionar inguinal. En la microscopía óptica se observó una lesión de aspecto linfoide con patrón difuso y vagamente nodular, las células de la lesión eran grandes con escaso citoplasma, núcleos grandes, pleomórficos, con cromatina grumosa, con uno a tres nucléolos periféricos, además de abundantes grupos de células con aspecto en anillo de sello. En el estudio de inmunohistoquímica las células neoplásicas fueron positivas para CD20, CD5 focal en 20%, BCL-6



en >30%; Ki-67 en 40%; BCL-2 en >50%; y negativas para MUM-1 y VEB (LMP-1), por lo que se estableció el diagnóstico de Linfoma B difuso de células grandes con morfología en anillo de sello, originado del centro germinal.

### Discusión y Conclusiones:

El linfoma con morfología de células en anillo de sello es poco frecuente, se origina predominantemente de células de estirpe B, principalmente linfoma folicular y en menor medida LBDCG, en ganglios linfáticos, aunque se han reportado casos en otras localizaciones como el estómago o cerebro. El abundante citoplasma claro con el núcleo desplazado a la periferia le da su morfología característica en anillo de sello, estas células se clasifican de acuerdo con la morfología de las vacuolas. Debido a los pocos casos reportados no hay datos certeros respecto a su epidemiología y comportamiento, aunque se consideran biológicamente similares a los linfomas B difusos de células grandes convencionales. Es importante reconocer esta variante debido a que puede ser fácilmente confundida con neoplasias epiteliales y liposarcomas, cuyo comportamiento y tratamiento es distinto.

### Bibliografía:

Wu S, Ding W, Sui X, et al. Signet Ring B Cell Lymphoma: a potential diagnostic pitfall. *Open Med (Wars)*. 2019;14:343-5. Nagasaki A, Oshiro A, Miyagi T, et al. Signet-ring cell lymphoma. *Intern Med* 2003;42:1055-6.

Categoría del resumen:

**Hematopatología. Clave: H3**

Título:

**Presentación de Caso de Enfermedad de Rosai Dorfman en Tracto Respiratorio y Ganglios Linfáticos.**

Autor o autores:

**Dra. Laura Mestre Orozco, Dra. Verónica Bautista Piña**

Institución o instituciones:

**Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX Autor que presentará el trabajo: Dra. Laura Mestre Orozco**

### Introducción y Objetivos:

La enfermedad de Rosai Dorfman es una entidad rara que con frecuencia es subdiagnosticada. La histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva es una proliferación benigna de histiocitos con emperipolesis, S100 positivos. Macroscópicamente son conglomerados unidos por septos fibrosos, al corte son amarillo grisáceo. La entidad es linfática y 40% extranodal. El objetivo es presentar un caso poco frecuente y revisión de la literatura.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Paciente masculino de 18 años con tumor nasal, cervical y subglótico de 2 años de evolución y dificultad respiratoria. E.F. múltiples nódulos nasofaríngeos en: borde superolateral izquierdo de coana izquierda, piso de fosa nasal y subglotis izquierda que obstruye 30% de la luz. Se realizaron múltiples biopsias con diagnóstico de inflamación xantogranulomatosa sin evidencia de microorganismos, cultivos negativos. Se manejó con esquemas de esteroides y antibióticos sin remisión. En diciembre 2019 se toma nuevamente biopsia de tumor nasal y de ganglio a nivel IIB con diagnóstico final de Enfermedad de Rosai Dorfman.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibe biopsia de lesión de nasofaringe, piso nasal y trucut de ganglio linfático cervical. Histológicamente hay lesiones nodulares polimorfas ocupadas por linfocitos, células plasmáticas, cuerpos de Russell y abundantes histiocitos con núcleo redondo vesicular grande, nucléolo prominente y abundante citoplasma claro eosinófilo con emperipolesis. Los histiocitos son intensamente positivos a S-100 y CD68, negativos a CD30 y CD15.



## Discusión y Conclusiones:

La enfermedad de Rosai Dorfman es una histiocitosis con acumulación de histiocitos activados. Generalmente presentan regresión espontánea, aunque llegan a haber casos que son tratados con esteroides, quimio o radioterapia. En muchas ocasiones no se llega al diagnóstico de primera instancia, de hecho, en la literatura se describen múltiples casos multibiopsiados con diagnóstico erróneo. Es importante tomar en cuenta esta patología en su expresión clínica, macroscópica y microscópica para reconocerla cuando se presente y no retrasar el diagnóstico.

## Bibliografía:

Oussama Abla et al Consensus recommendations for the diagnosis and clinical management of Rosai-Dorfman-DeStombes disease Dominick S. DeFelices et al Going Bone Deep: Osseous Rosai-Dorfman Disease in an Adult with Recurrent, Culture-Negative Osteomyelitis. Case Reports in Infectious Diseases 2018.

Categoría del resumen:

**Hematopatología. Clave: H4**

Título:

**Linfoma compuesto (linfoma folicular de ganglio linfático y linfoma difuso de células grandes b de testículo). Presentación de un caso.**

Autor o autores:

**Fredy Chablé Montero, Carolina Cruz Reyes, Alicia MC Cervantes Sánchez, Miguel Enrique Cuéllar Mendoza**

Institución o instituciones:

**Hospital San Ángel Inn Universidad**

Autor que presentará el trabajo:

**Fredy Chablé Montero**

## Introducción y Objetivos:

El término "linfoma compuesto" se utiliza para designar casos donde se presentan dos linfomas

en un mismo paciente, que puede afectar un solo órgano o sitios anatómicos diferentes. Steinhoff lo especifica como la presencia de linfomas genética y morfológicamente no relacionados. En este contexto, lo más frecuente es la coexistencia de un linfoma de Hodgkin y un linfoma no Hodgkin. Dentro de esta definición no se incluyen aquellos casos de transformación de un linfoma de bajo grado a uno de alto grado (síndrome de Richter). El objetivo de este trabajo es mostrar un caso de linfoma compuesto.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 81 años que presentó aumento de volumen de testículo derecho. En la exploración física se evidenció tumor testicular indurado. Los marcadores tumorales fueron negativos. En los estudios de imagen se observó saco testicular de 4.5 x 3.7 x 2.8 cm y tumor parenquimatoso sólido y homogéneo. Además, se identificó una adenopatía cervical de 1.8 x 1.5 x 0.7 cm. Con la sospecha clínica de tumor germinal se realizó orquiectomía derecha y biopsia escisional de ganglio linfático cervical.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En los cortes histológicos de ganglio linfático se observó proliferación de células linfoides pequeñas a medianas de núcleos hendidos, con cromatina condensada que formaban estructuras foliculares bien definidas y homogéneas entre sí, en más del 75% de la superficie, con 5 centroblastos por campo de 40X, positivas para CD20, BCL-2, CD10 y CD23, por lo que se diagnosticó como linfoma folicular grado 1. En el testículo se observó infiltración intersticial difusa por otra neoplasia linfóide maligna constituida por células grandes de aspecto plasmocitoide, de núcleos ovoides a irregulares hendidos, de cromatina fina y nucléolo prominente, así como numerosas mitosis, que fueron positivas para CD20, CD10, Bcl-2, Bcl-6 y MUM1. Se observó infiltración a epidídimo y tejidos blandos del cordón esper-

mático; por lo que se emitió el diagnóstico de linfoma difuso de células grandes B testicular.

### Discusión y Conclusiones:

Los “linfomas compuestos” representan del 1 al 4% de todos los linfomas. Canizzo y cols. publicaron el caso de un paciente con carcinoma y múltiples linfomas que inicialmente presentó un linfoma folicular y posteriormente un linfoma difuso de células grandes B, que no se relacionaban genéticamente. La etiopatogenia de estos linfomas no está bien dilucidada y se ha asociado con agentes quimioterapéuticos, radiación, alteraciones del sistema inmune, infección por virus de Epstein Barr, predisposición genética y factores ambientales. Para el diagnóstico definitivo de un linfoma compuesto es necesario el análisis de clonalidad de ambas neoplasias. En algunos casos se ha demostrado que provienen de un mismo precursor de célula B con rearreglos idénticos en el gen de IgH. Nuestro caso muestra criterios clínicos, morfológicos y de inmunohistoquímica de linfoma compuesto.

### Bibliografía:

Steinhoff M, et al. Three coexisting lymphomas in one patient: genetically related or only a coincidence?. J Clin Pathol. 2006; 59: 1312–15.  
Kuppers R, et al. Pathogenesis, diagnosis and treatment of composite lymphomas. Lancet Oncol. 2014; 15: e135-46.

Categoría del resumen:

**Hematopatología. Clave: H5**

Título:

**Linfoma primario de Sistema Nervioso Central. Reporte de caso.**

Autor o autores:

**Cesar Mauricio Rojas Maruri, Claudia Denise Fuentes Gutierrez, Laura Becerril Cholula**

Institución o instituciones:

**Departamento de Patología Pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría**

Autor que presentará el trabajo:

**Laura Becerril Cholula**

### Introducción y Objetivos:

Introducción: Los linfomas primarios de SNC ocurren en: cerebro, leptomeninges, medula espinal y ojos, excluyendo linfomas de la dura, linfomas intravasculares, linfomas asociados a inmunodeficiencias, linfomas secundarios y sin evidencia de enfermedad sistémica. El más frecuente es el Linfoma difuso de células grandes B(LDCCGB) siendo menos del 1 % de los linfomas no Hodgkin y representa el 2.4-3% de todos los tumores de cerebrales.

Objetivo: presentamos un Linfoma B difuso de células grandes, EBER + en cerebro, con infiltración meníngea e Inmunodeficiencia combinada severa.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Reporte del caso. Niña de 1 año 5 meses, proveniente de Oaxaca, inició su padecimiento un mes previo a su ingreso al instituto; con tos productiva, rinorrea, fiebre, presencia de convulsiones tónico clínicas con pérdida del estado de alerta, de dos horas de duración y posteriormente ptosis de ojo derecho, desviación de comisura labial, paresia de miembros torácicos y pélvico derecho. Acude a hospital donde le realizan tomografía de cráneo y se percata de lesión en región parieto occipital derecha. RM: con reporte verbal de lesión hipertensa de bordes bien definidos, contenido heterogéneo, con promete ventrículo lateral derecho, ganglios basales y extensión a mesencéfalo derecho que refuerza con la administraciones medio de contraste. Fue intervenida quirúrgicamente, para resección tumoral.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Histológicamente Son muy celulares, con crecimiento difuso, necrosis geográfica, con islas

de linfoma con disposición perivascular, que es un patrón muy frecuente, la infiltración a vasos sanguíneos causa fragmentación de la malla argentafín. La infiltración a parenquima acompañado de activación microglial y astrocítica, linfocitos B/T e histiocitos.. Estas células son positivas para CD45 (difuso), CD20(difuso), BCL2 (difuso), MUM1(30-40%) y EBER (difuso). Negativas para CD10, BCL6, CD5, CD30, CD15, CD163, EMA, SYN, DESMINA, AML, PAFG, ENS, CQ'S, VIMENTINA, CD99 e INI1.

### Discusión y Conclusiones:

En los niños los linfomas primarios de SNC son extremadamente raros, más aun en la población pediátrica y se asocian con frecuencia a inmuno compromiso, la demostración del gen RMRP como en este caso, vinculado este tipo de linfoma es todavía más infrecuente. Desafortunadamente la mayoría de los protocolos establecidos para el tratamiento están establecidos para población adulta; así el pronóstico en los niños sigue siendo muy sombrío esta paciente tuvo una vida de 8 meses, siendo siempre fuera de tratamiento oncológico.

### Bibliografía:

Louis DN et al. World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System. 4th. ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2016. Swerdlow SH et al. World Health Organization Classification of Tumors of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th. ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2016.

Categoría del resumen:

**Patología Ósea y Tejidos Blandos. Clave: OT1**

Título:

**Hamartoma fibroso infantil: reporte de un caso poco frecuente, de localización y tamaño inusual.**

Autor o autores:

**Dr. Teodoro Gurrola Morales, Dra. Anaís González Mercado, Dr. Pedro Alberto Velarde Hernández**

Institución o instituciones:

**Hospital General 450 Durango , Servicios de Salud de Durango**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Pedro Alberto Velarde Hernández**

### Introducción y Objetivos:

El Hamartoma fibroso infantil (HFI) es una lesión pseudotumoral rara, con una relación de sexo 2:1 en hombres, aunque su incidencia exacta es desconocida. Edad de aparición es antes de los 2 años, con pico a los 18 meses, siendo hasta un 20% congénitos. Los sitios de aparición más comunes con la axila, brazos, tórax y genitales externos, con casos aislados en cuero cabelludo, palmas, plantas y glúteos. Objetivos: presentar un caso de HFI excepcional por su tamaño, ubicación, la discordancia clínico patológica así como describir sus características patológicas e inmunohistoquímicas.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenino de 1 año 6 meses de edad, con tumor en la línea media de la piel de la región lumbar de 6 meses de evolución, asintomático. Diagnóstico prequirúrgico de meningocele, durante el transquirúrgico los neurocirujanos notan que la lesión no comunica con columna vertebral ni con canal medular, involucrando únicamente tejidos blandos, diagnóstico posquirúrgico de lipoma lumbar.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Al examen microscópico en cortes de parafina se observa piel sin alteraciones hidrológicas, en el tejido celular subcutáneo se identifica una lesión pobremente delimitada, trifásica,

constituida por tejido adiposo maduro, tejido fibrocolagenoso y células mesenquimatosas de aspecto inmaduro de escaso citoplasma, núcleos alargados, algunos ondulados que se disponen en patrón arremolinado, estrellado y trabecular e infiltran el tejido adiposo maduro. Las inmunorreacciones fueron CD34 y actinas músculo-específicas positivo en el tejido fibrocolagenoso, S100 positivo y CD34 variable en tejido adiposo, Vimentina y CD34 positivo en tejido mesenquimatoso de aspecto inmaduro, con un Ki-67 moderado (10%).

### Discusión y Conclusiones:

El Hamartoma fibroso infantil es una lesión pseudotumoral benigna y rara, cuyo tratamiento es la extirpación quirúrgica, con excelente pronóstico, aunque hasta un 20% de los casos recidivan debido a una incompleta excisión del mismo. Es importante realizar diagnóstico diferencial con la lipofibromatosis, donde la ausencia del patrón arremolinado y la negatividad o variabilidad de la inmunorreacción a CD34 son claves para descartarlo.

### Bibliografía:

Miroux-Catarino A, Claro C, Viana I. Giant fibrous hamartoma of infancy: pitfall of CD34 positive dermal mesenchymal tumor. *Dermatol Online J.* 2018 Jun 15;24(6).

Categoría del resumen:

**Patología Ósea y Tejidos Blandos. Clave: OT2**  
Título:

**Tumor tritón maligno retroperitoneal en paciente con neurofibromatosis tipo 1. Informe de un caso.**

Autor o autores:

**García Corrales Kenia, García Mendoza Yunuen I., Murguía Perez Mario, Trujillo de Anda Patricia**

Institución o instituciones:

**IMSS UMAE T1**

Autor que presentará el trabajo:

**García Corrales Kenia**

### Introducción y Objetivos:

El tumor tritón maligno (MTT), es un subtipo de tumor maligno de la vaina del nervio periférico, con diferenciación rabdomioblástica que se origina en nervios periféricos o muestra diferenciación de diferentes elementos de la vaina nerviosa. Existen dos formas principales de MTT, la forma esporádica y la forma asociada a neurofibromatosis tipo 1. El MTT tiene una rápida evolución y mal pronóstico, con sobrevida de 11% a 5 años. Informamos un caso de tumor tritón maligno que se presentó en nuestro hospital debido a la rareza de esta neoplasia de mal pronóstico.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 34 años, con Neurofibromatosis tipo I de 15 años de evolución, con dolor en pierna izquierda y parestesias. Por resonancia se reporta tumor retroperitoneal paramedial izquierdo de 7 cm de eje mayor, que entra al agujero foraminal izquierdo, fue resecado parcialmente y se reportó como neurofibroma difuso. Tres meses después el tumor se resecó completamente.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió un tumor ovoide de 9.5 x 8 x 7 cm, pseudoencapsulado de superficie lisa, multinodular, café claro con zonas violáceas y consistencia ahulada, al corte sólido, café claro, con zonas hemorrágicas. Histológicamente se observó una neoplasia de fascículos gruesos y remolinos de células ahusadas, con mitosis abundantes, necrosis y presencia de células grandes con abundante citoplasma eosinófilo con estrías sutiles, núcleos hiper cromáticos rechazados a la periferia sugestivos de rabdomioblastos. Por inmunohistoquímica, las células ahusadas fueron positivas para S-100, y las células grandes mostraron positividad para desmina y miogenina. Se concluyó que se trata-

ba de un tumor tritón maligno originado en un neurofibroma, ya que se logró ver la transición en los cortes histológicos.

### Discusión y Conclusiones:

El tumor tritón maligno es un sarcoma poco frecuente de mal pronóstico, más común en pacientes con neurofibromatosis tipo 1. Se cree que la diferenciación rabdomioblástica es directa de células de Schwann malignas o células de la cresta neural en músculo estriado, se desconoce por qué la diferenciación hacia rabdomioblastos hace que el tumor sea más agresivo. Histológicamente presenta tres características fundamentales, el tumor está relacionado con un nervio periférico u ocurre en un paciente con NF-1, la mayor parte del tumor consiste en células de Schwann y el tumor contiene rabdomioblastos, inmunohistoquímicamente, los elementos rabdomioblásticos son positivos para los marcadores del músculo esquelético.

### Bibliografía:

Mae, K., Kato, Y., Usui, K., Abe, N., & Tsuboi, R. (2013). A Case of Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor with Rhabdomyoblastic Differentiation: Malignant Triton Tumor. *Case Reports In Dermatology*, 5(3), 373-378. doi: 10.1159/000357610 2. Vieites, B., González-Cantón, J., López-García, M., & B.

Categoría del resumen:

**Patología Ósea y Tejidos Blandos. Clave: OT3**

Título:

**Angiomixoma agresivo (profundo) pélvico.**

Autor o autores:

**Dr. Fernando Romero Simon, Dr. Cesar Ivan Peña Ruelas, Dr. Edmundo Erbey Castelan Maldonado, Dr. Jorge Eduardo Flores Godínez, Dr. Juan Alberto Niderhauser Castillo**

Institución o instituciones:

**UMAE Hospital de Especialidades N° 25 del IMSS. Monterrey, Nuevo León.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Fernando Romero Simon**

### Introducción y Objetivos:

El angiomixoma agresivo usualmente involucra tejidos blandos de la región vulvovaginal, pelvis y perineo, de mujeres en edad reproductiva. El primer caso se describió en 1983 por Steeper y Rosai.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 36 años quien inició su padecimiento un año previo con dolor y aumento progresivo en región glútea derecha, con incremento a la maniobra de Valsalva. La resonancia magnética mostró una masa de bordes circunscritos que midió 17 x 11 cm, localizada en espacio paravesical derecho con protrusión hacia el diafragma urogenital ipsilateral. Se realizó plastia de piso pélvico por laparoscopia identificando tumor de consistencia gelatinosa el cual fue resecado con dificultad.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En el servicio de Anatomía Patológica se recibió un espécimen fragmentado que midió 12 x 6.5 cm, lobulado, cubierto por tejidos blandos y con superficie de corte de aspecto gelatinoso. El estudio microscópico mostró una neoplasia conformada por fibroblastos sin atipia inmersos en un estroma mixoide, acompañado de vasos con tamaño variable, algunos con pared gruesa y hialinizados. El estudio de inmunohistoquímica mostró reactividad para CD34, receptores de estrógenos y progesterona, actina de músculo liso y desmina; la proliferación de Ki67 fue <5%.

### Discusión y Conclusiones:

El angiomixoma agresivo es un tumor benigno poco frecuente que se origina de las células miofibroblásticas.

El término “agresivo” implica su tendencia a invadir localmente y su alta recurrencia posterior a la resección quirúrgica. Las recurrencias suelen presentarse meses o años posteriores a la resección; el 70% se presentan dentro de los primeros tres años. El diagnóstico diferencial debe incluir otros tumores como el mixoma, el liposarcoma mixoide, el mixofibrosarcoma y otros tumores con cambios mixoides.

### Bibliografía:

McCluggage WG. Vulvovaginal mesenchymal lesions: a review and update. *Diagnostic Histopathology* 2017;1-5. -Manterola C et. al Angiomixoma Pélvico Asociado a Endometriosis Infiltrativa Profunda. Reporte de un caso. *International Journal of Morphology* 2019;37:677-681.

Categoría del resumen:

**Patología Ósea y Tejidos Blandos. Clave: OT4**

Título:

**Tumor epitelioides perivascular (pecoma) maligno de pared abdominal. Informe de un caso con énfasis en los criterios de malignidad.**

Autor o autores:

**Miguel Enrique Cuéllar Mendoza, Carolina Cruz Reyes, Alicia MC Cervantes Sánchez, Fredy Chablé Montero**

Institución o instituciones:

**Hospital San Ángel Inn Universidad**

Autor que presentará el trabajo:

**Fredy Chablé Montero**

### Introducción y Objetivos:

Los tumores epitelioides perivasculares (PEComas) son una familia de neoplasias mesenquimatosas conformadas por células derivadas de un precursor común de melanocitos y músculo liso, que incluyen al angiomilipoma, linfangiomatosis y el tumor de células claras del pulmón. Son más comunes en mujeres y pueden mostrar coexistencia con el complejo de

esclerosis tuberosa. Los PEComas “malignos” son raros y sólo existen informes de casos. El objetivo de este trabajo es informar un PEComa maligno de tejidos blandos, así como revisar los criterios establecidos para malignidad.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 52 años que presentó aumento de volumen de los tejidos blandos de la pared abdominal derecha. En el estudio de imagen se observó tumor bien delimitado, aparentemente encapsulado, de 4.8 cm de eje mayor, dependiente de los músculos oblicuos, por lo que se realizó resección quirúrgica con márgenes amplios. Se emitió el diagnóstico de sarcoma pleomórfico de alto grado. Se recibió material para revisión y clasificación.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En los cortes histológicos se observó una neoplasia mesenquimatosas maligna intramuscular, de márgenes bien definidos, parcialmente encapsulada, compuesta por abundantes células grandes con anaplasia, de núcleos polilobulados e hiper cromáticos y hasta 15 mitosis en 50 campos de 40X. El tumor se entremezclaba con una población de células medianas de núcleos hiper cromáticos y pleomórficos que mostraban disposición perivascular. No se identificó necrosis tumoral o invasión linfovascular. Las células neoplásicas fueron positivas para desmina, actina, HMB-45, MiFT y receptores de progesterona. El índice de proliferación celular medido con Ki-67 fue de 60%. Se estableció el diagnóstico de PEComa maligno de tejidos blandos.

### Discusión y Conclusiones:

La mayoría de los PEComas son tumores benignos, sin embargo, algunos casos tienen morfología y comportamiento clínico agresivo. Folpe y cols. describieron criterios que permiten estratificarlos como benignos, de potencial



maligno incierto y malignos. Se consideran criterios de malignidad tamaño mayor a 5 cm, bordes infiltrantes, necrosis tumoral, celularidad alta, pleomorfismo citológico, >1 mitosis en 50 campos de 40X, invasión linfovascular e índice de proliferación celular elevado (medido con Ki-67). El presente caso cumplió con 4 criterios de malignidad. De acuerdo con diferentes series, la tasa de recurrencia y riesgo de metástasis a 5 años (comportamiento agresivo) para los PEComas malignos es de 71%. La resección quirúrgica con márgenes amplios consolidado con quimioterapia son el tratamiento de elección.

### Bibliografía:

Folpe AL, et al. Perivascular epithelioid cell neoplasms of soft tissue and gynecologic origin: a clinicopathologic study of 26 cases. *Am J Surg Pathol.* 2005; 29: 1558-75. Weinreb I, et al. Perivascular epithelioid cell neoplasms (PEComas). *Virchows Arch.* 2007; 450: 463-70.

Categoría del resumen:

**Patología Ósea y Tejidos Blandos. Clave: OT5**

Título:

**Tumor fibroso solitario retroperitoneal; presentación de un caso en autopsia.**

Autor o autores:

**Javier Alejandro Teco Cortes, Gerardo Arista Urista**

Institución o instituciones:

**Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" y Facultad de Medicina U.N.A.M.**

Autor que presentará el trabajo:

**Javier Alejandro Teco Cortés**

### Introducción y Objetivos:

Los tumores retroperitoneales son poco frecuentes, entre ellos, las metástasis y el liposarcoma representan los más comunes; los tumores de morfología fusiforme son aún más raros y su diagnóstico representa un desafío, debido al amplio espectro de lesiones que pueden presentar este patrón, entre

los que se incluyen no solo los sarcomas, sino también carcinomas. El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia mesenquimatosa derivada de fibroblastos, se presenta con mayor frecuencia en tórax, sin embargo, la localización retroperitoneal se ha descrito, pero es extraordinaria.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 49 años, con aumento progresivo del perímetro abdominal, pérdida de peso, dolor abdominal y disnea de esfuerzo de un año de evolución. Ingresó al hospital donde se identificó aumento de perímetro abdominal a expensas de tumor, desnutrición grave, hipoglucemia y anemia. Se realizó tomografía abdominal que informó "tumor retroperitoneal con carcinomatosis y compromiso de estructuras vasculares (vena cava, aorta abdominal, sistema portomesentérico)", se tomó biopsia que se diagnosticó como "Sarcoma retroperitoneal", por lo que se inició quimioterapia con doxorubicina e ifosfamida. Murió a los tres días de internamiento.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En la autopsia se identificó hidrotórax derecho (3000 mL) con atelectasia pulmonar completa derecha y ascitis (4000 mL), y tumor retroperitoneal bilobulado, de bordes expansivos, café-gris y renitente, que midió 27 cm de eje mayor. Al corte era heterogéneo, predominantemente sólido con quistes en la periferia, necrosis extensa central y café gris con áreas congestivo-hemorrágicas en la periferia. Microscópicamente la neoplasia estaba conformada por células fusiformes, homogéneas que se disponían en patrón fascicular irregular; en algunas áreas alternaban regiones hipo e hiper celulares, tenía degeneración mixoide focal, áreas extensas con necrosis isquémica y vasos sanguíneos de aspecto hemangiopericitoide. Las células neoplásicas fueron positivas para STAT6, CD99, BCL2, CD34 y Ki-67 (10%), por lo que fue diagnosticado como tumor fibroso solitario retroperitoneal.

### Discusión y Conclusiones:

La localización retroperitoneal del TFS es muy rara, se presenta como un tumor con patrón de crecimiento expansivo y raramente metastatiza. Suele ser detectado cuando el tamaño del tumor es suficientemente grande como para causar síntomas por compresión; en ocasiones se asocia con hipoglucemia. El diagnóstico diferencial de esta neoplasia es un desafío, incluye leiomioma, tumor miofibroblástico inflamatorio, fibrosarcoma, sarcoma sinovial, GIST, lipoma fusocelular, dermatofibroma, entre otros; por lo que la inmunohistoquímica es esencial. Comúnmente es positivo para BCL2, vimentina, CD99 y CD34, y recientemente se ha demostrado la utilidad de STAT6 con una sensibilidad y especificidad del 98-100%.

Aunque el TFS se considera un sarcoma fibroblástico de bajo grado, es importante su correcto diagnóstico debido a la posibilidad de recurrencia y potencial de malignidad.

### Bibliografía:

Myoteri D, Dellaportas D, Nastos C, et al. Retroperitoneal Solitary Fibrous Tumor: A "Patternless" Tumor. Case Rep Oncol Med 2017;2017:4634235. Cheng S, Li D, Zhang Y, et al. A rare case of retroperitoneal solitary fibrous tumors and literature review. Urol Case Rep 2019;28:101027.

Categoría del resumen:

**Patología Ósea y Tejidos Blandos. Clave: OT6**  
Título:

**Leiomiomasarcoma de la vena cava inferior. Reporte de caso**

Autor o autores:

**Espinosa Soberanes Juan Armando, Salgado Alday María Edith, Benavides Maruri Marvin Jazziel, Meléndez García Iván, Galindo García Alejandro**

Institución o instituciones:

**Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE**

Autor que presentará el trabajo:

**Galindo García Alejandro**

### Introducción y Objetivos:

El leiomiomasarcoma es el sarcoma más común que afecta el sistema venoso, y casi el 50% surge en la vena cava inferior. Sin embargo, esta lesión representa solo alrededor del 0.5% de los sarcomas de tejidos blandos en los adultos. Los síntomas y la historia clínica a menudo son inespecíficos. La resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección con la reconstrucción de la vena cava. Se documenta una supervivencia a 5 años bastante pobre de entre 33% y 68 % para pacientes tratados quirúrgicamente.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Paciente femenino de 49 años, la cual no presenta antecedentes de importancia para el padecimiento actual.

Comienza padecimiento actual en marzo 2019 presentando dolor abdominal intermitente de predominio en hipocondrio derecho, acude a seguimiento en médico particular, manejada de forma sintomática. Se realiza tomografía de abdomen observándose lesión de aspecto sólido localizada en región retroperitoneal aparentemente dependiente de vena cava inferior y afección de vasos renales, por lo que se realiza resección en bloque de tumor retroperitoneal, nefrectomía más histerectomía simple.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibe en patología tumor de 10x7x5.5cm dependiente de vena cava inferior, con crecimiento extraluminal, de contornos lobulados, con superficie lisa y aparente capsula, delimi-

tada, sin invasión aparente a riñón. A los cortes histológicos se identifica neoplasia fusocelular con características de musculo liso, pleomorfismo moderado, con zonas de necrosis y un conteo mitótico de 15 por 10 campos de alto poder. La lesión fue positiva para actina musculo liso, calponina, y desmina, confirmando histogénesis. Por lo que se emitió el diagnóstico de leiomioma de la vena cava inferior.

### Discusión y Conclusiones:

Los tumores malignos de la pared de los grandes vasos del sistema venoso son excepcionales; de entre ellos, el leiomioma supone la mayoría de los casos, con afectación predominante de la vena cava inferior. La clínica es inespecífica, pueden ser asintomáticos en muchas ocasiones, hasta un 66% de los casos presenta síntomas inespecíficos dolor abdominal vago, náuseas o vómitos. Son masas lobuladas o multinodulares pseudoencapsuladas con un crecimiento intra o extra luminal. Microscópicamente están compuestos por células fusiformes que muestran diferenciación a musculo liso. Conclusión: Los leiomiomas que surgen de los vasos son raros, y este diagnóstico debe hacerse con extrema precaución y solo después de que la lesión haya sido muestreada extensamente. La resección quirúrgica sigue siendo en tratamiento de elección, sin embargo el pronóstico para estos pacientes es pobre.

### Bibliografía:

Laskin et al. Leiomyosarcoma of the Inferior Vena Cava: Clinicopathologic Study of 40 Cases. *Am J Surg Pathol* 2010;34:873–881. Lalwani et al. Primary Leiomyosarcoma of the Inferior Vena Cava. *J Dow Univ Health Sci* 2019, Vol. 13 (2): 112-115.

Categoría del resumen:

**Patología Ósea y Tejidos Blandos. Clave: OT7**

Título:

**Sarcoma fibromixioide de bajo grado retroperitoneal. Informe de un caso.**

Autor o autores:

**Mario Murguía Pérez, Dustin Sánchez Fernández, Yunuen Ibiza García Mendoza, Karen Alejandra Leal Tapia, Luis Tinoco Téllez, Efraín Bustos Chólico, Saulo Mendoza Ramírez**

Institución o instituciones:

**UMAE N° 1 Hospital de Especialidades CMN Bajío IMSS. Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.**

Autor que presentará el trabajo:

**Karen Alejandra Leal Tapia**

### Introducción y Objetivos:

El sarcoma fibromixioide de bajo grado (SFMBG), también conocido como tumor de células fusiformes hialinizante con rosetas gigantes (TCFHRG), fue descrito por Evans en 1987. Corresponde a una variante distintiva de fibrosarcoma. A pesar de su apariencia blanda, eventualmente presentan metástasis, motivo por el cual pertenece a la familia de los sarcomas fibroblásticos de bajo grado de malignidad. Es un tumor raro del cual apenas se han informado 350 casos en la literatura, sin embargo, probablemente esté subdiagnosticado, confundiéndolo con otras neoplasias de morfología similar.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 37 años, con DM2 desde al 2012 tratado con insulina y glibenclamida. comenzó en octubre de 2016 con síndrome icterico, se realiza CPRE y posteriormente se realizó colecistectomía abierta 2 meses posteriores. Debido a que no cedió la ictericia, se realizó tomografía computada, con evidencia de tumor retroperitoneal peripancreático, y debido a su dificultad para toma de biopsia percutánea, se decidió toma de biopsia abierta.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En el servicio de Anatomía Patológica se recibió espécimen de tejido multifragmentado irregular.

Microscópicamente se apreció un tumor mesenquimatoso con patrón ahusado y arremolinado, ricamente celular con bandas de colágena densa, que alterna con áreas mixoides con estroma laxo y vascularidad moderada. A mayor aumento, las células presentaron citoplasma eosinófilo moderado alargado, núcleos elongados con cromatina densa, nucleolos inconspicuos y escasas mitosis atípicas, sin necrosis. Se observó además formación focal de rosetas de colágena de tamaño grande. Se realizaron estudios de inmunohistoquímica, con positividad para PS-100, vimentina y MUC4. Con lo anterior, se concluyó como SFMBG.

### Discusión y Conclusiones:

En la actualidad, se conoce que el SFMBG y TCFHRG son parte del mismo espectro histológico. Ambos tienen similitudes en edad de presentación (hombres adultos jóvenes) y sitio de presentación (más frecuentes en cuello, aunque se presentan en cualquier localización). Un gran porcentaje de los casos presentan recurrencia local, y ocasionalmente, metástasis preferentemente a pulmón. Folpe reportó 73 casos de SFMBG con y sin formación de rosetas, por lo que no es una presentación característica, pero que cuando se encuentran permiten sospechar esta entidad. No presentan un inmunofenotipo definido, pero si presentan dos fusiones génicas características, FUS-CREB3L2 y FUS-CREB3L1. Su diagnóstico diferencial se hace con tumores más frecuentes, como neurofibroma mixoide, fibromatosis desmoide, tumor maligno de vaina de nervio periférico, liposarcoma mixoide y mixofibrosarcoma.

### Bibliografía:

Goldblum JR, Folpe AL, Weiss SW. Enzinger & Weiss Soft. Tissue Tumors. Elsevier. 2020.

Categoría del resumen:

**Patología Endocrina. Clave: E1**

Título:

**Neoplasia Endocrina Múltiple con presentación atípica, presentación de un caso.**

Autor o autores:

**Villa Ramírez Carlos Alberto, Rubio Atonal Marco Antonio, De La Cruz Jasso Mercedes Andrea, Uribe Uribe Norma Ofelia**

**Institución o instituciones:**

**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran**

Autor que presentará el trabajo:

**Rubio Atonal Marco Antonio**

### Introducción y Objetivos:

La neoplasia endocrina múltiple (MEN) es un síndrome hereditario caracterizado por tumores neuroendocrinos, principalmente adenomas paratiroides, hipofisarios y pancreáticos; causado por una mutación en el gen MEN1. Sin embargo, hay casos MEN1 negativos, asociados con otros tumores (angiomiolipoma, meningioma y lipoma) así como una distinta presentación clínica donde el gen responsable es CDK1B. Se presenta un caso de neoplasia endocrina múltiple con cuadro clínico y hallazgos anatopatológicos atípicos.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 37 años que ingresó a Urgencias por hipotensión, taquicardia, taquipnea, fiebre de 38.3°C, a la exploración física estaba desorientada, a nivel del cuello con tumor palpable de 7 cm, estertores crepitantes subescapulares y abdomen doloroso a la palpación. Su laboratorio reportaron calcio sérico de 24.3 mg/dL, K 5 mg/dL y PTH en 105.4. El tratamiento inicial consistió en hidratación, antibióticos y apoyo vasopresor, horas después presentó taquicardia ventricular polimorfa y falleció. Se realizó estudio postmortem.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En el estudio postmortem se identificaron múltiples neoplasias: carcinoma de paratiroides,

hiperplasia nodular focal hepática, angiomioliopoma renal, leiomioma uterino. Y secundario a la hipercalcemia: pancreatitis aguda necrohemorrágica con peritonitis, nefrocalcinosis, y calcifilaxis hepática. Por estos hallazgos se sospechó de síndrome de neoplasia endocrina múltiple.

### Discusión y Conclusiones:

Los NEM son infrecuentes, es importante el diagnóstico para el tratamiento y evaluación de la familia. En la mayoría de los casos, los tumores paratiroideos causan hiperparatiroidismo primario siendo la hipercalcemia leve o asintomática la manifestación inicial de NEM1, a diferencia del presente caso, que se manifestó con crisis hipercalcémica. La paciente no presentó los tumores definitorios de NEM1 más que el carcinoma paratiroideo, sin embargo, el angiomiolipoma renal y la hiperplasia nodular focal hepática hacen altamente sugerente un NEM1. En 85 a 90% de los pacientes con NEM1 se identifican las mutaciones en el gen MEN1. En un grupo de pacientes que presentaron fenotipo NEM1, no tenían mutación detectable del gen, pero se logró identificar mutaciones de la línea germinal en CDKN1B, por lo que se sugiere que se trata un distinto tipo de NEM, al que algunos denominan NEM4.

### Bibliografía:

Vortmeyer, A. O., Lubensky, I. A., Skarulis, et. al (1999). Multiple endocrine neoplasia type 1: atypical presentation, clinical course, and genetic analysis of multiple tumors. *Modern pathology: an official journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc*, 12(9), 919-924.

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U1**

Título:

**Metástasis intramedular de un carcinoma renal de células claras. Presentación de un caso y revisión de la literatura.**

Autor o autores:

**Claudia Teresita Gutiérrez Quiroz, jefe de servicio de Anatomía Patológica. UMAE Puebla. Hector Enrique Cabrales Santiago, R1 de Anatomía Patológica. UMAE Puebla**

Institución o instituciones:

**Unidad Médica De Alta Especialidad. Hospital De Especialidades De Puebla: Centro Medico Nacional Gral. De Div. "Manuel Ávila Camacho"**

Autor que presentará el trabajo:

**Hector Enrique Cabrales Santiago.**

### Introducción y Objetivos:

Las metástasis intramedulares ocupan menos de 0.1%; estos se originan de carcinomas en pulmón y mama, seguidos de melanoma, riñón y colo-rectal (1). Inicialmente se presentan con síntomas neurológicos progresivos como dolor, disfunción autonómica y/o déficit neurológico (síndrome de Brown-Sequard) (2). Este tipo de lesiones está asociado a una alta tasa de recurrencia y pobre supervivencia (3). En este informe presentamos el caso de una metástasis intramedular por un carcinoma de células renales en una mujer de 31 años.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 31 años, sin antecedentes clínicos de importancia; acudió a consulta por dolor de hombro derecho que irradiaba al brazo, junto con sensación de entumecimiento de cuarto y quinto dedo del mismo lado. A la exploración neurológica reveló hemiparesia del lado derecho con hipoalgesia del lado izquierdo. Posteriormente presentó disminución de la sensibilidad y fuerza de extremidades inferiores progresando a la cuadriplejia. La resonancia magnética mostró dos lesiones; la primera a nivel infratentorial extraxial y la segunda intramedular a nivel de C2-C5, con edema difuso que llega a C1 y C7, con impresión diagnóstica de probableependimoma. Después de la administración de medio



de contraste, ambas lesiones realzan de forma homogénea. Se programó toma de biopsia.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El estudio histológico del espécimen quirúrgico en tinción de HyE a gran aumento, correspondió una neoplasia maligna caracterizada por un patrón arquitectural predominantemente sólido con formación de nidos, los cuales están separados por un estroma que está dotado por una red prominente de pequeños vasos sanguíneos de pared delgada. A mayor aumento las células neoplásicas malignas tienen citoplasma amplio y claro con núcleos de localización central y nucléolo aparente. No se identificó actividad mitótica. Inmunohistoquímicamente mostró reacción positiva para CD10, antígeno de membrana epitelial y vimentina, mientras que fue negativa para actina de músculo liso, CD99 y proteína ácida fibrilar glial. El diagnóstico final fue metástasis de carcinoma renal de células claras intramedular. Se solicitó TAC abdominal.

### Discusión y Conclusiones:

Las metástasis intramedulares de la medula espinal corresponden a menos del 1% de los tumores de la medula espinal y hasta 2018, solo han sido reportados 17 casos en la literatura (3). Las metástasis de carcinoma renal son de 1.7% (1). El carcinoma renal de células claras ocupa el 65%-70% de todos los cánceres renales, teniendo una alta tasa de enfermedad metastásica algunas veces años después del diagnóstico inicial (4). Se ha reportado del intervalo del diagnóstico del carcinoma renal a la metástasis intramedular de 22 meses (1). Después de diagnosticar este tumor como metástasis, se realizó una tomografía computada de abdomen, evidenciando a nivel renal bilateral, varias lesiones dependientes de corteza y medula, con densidad heterogénea y de bordes mal definidos.

### Bibliografía:

Louis D. N., Ohgaki H., Wiestler O. D., Cavenee W. K. (eds): WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System. IARC: Lyon 2007.  
2.- Schijns O. E. M. G., Kurt E., Wessels P., et al. (2000). Intramedullary spinal cord metastasis as a first manifestation of a renal cell carcinoma.

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U2**

Título:

**Adenocarcinoma primario de vejiga urinaria. Presentación de dos casos.**

Autor o autores:

**María de los Ángeles Macías Clavijo, María José Bautista Secún, Elsa Acosta Jiménez**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" CMN La Raza.**

Autor que presentará el trabajo:

**Diana Karen Brito Bustillos**

### Introducción y Objetivos:

El cáncer de vejiga es un problema de salud pública de primera línea, representando el cuarto cáncer más común en el hombre, con una tasa estandarizada mundial de 9/100 000 varones y 2/100 000 mujeres en México representa el 7% de las neoplasias del tracto urinario y el 2% de todos los tumores malignos. Más del 90% son de origen urotelial, 3-5% de células escamosas, 2% adenocarcinomas y 1% de células pequeñas, linfomas y sarcomas primarios son extremadamente raros. Los adenocarcinomas de vejiga constituyen un problema diagnóstico al tratar de diferenciarlos de tumores de naturaleza metastásica

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se presenta dos casos con los siguientes datos clínicos: Caso 1. Hombre de 44 años con hema-



turia, dolor en hipogástrico. RTUV, con reporte de Adenocarcinoma bien diferenciado. Se le realiza rectosigmoidoscopia y se descarta origen colorrectal. TAC con tumor en domo vesical.

Caso 2. Femenino de 60 años quien refiere antecedente de hermana finada por cáncer de colon niega tabaquismo u otras toxicomanías, sin antecedentes crónico- degenerativos, alérgicos, traumáticos ni hemotransfusionales. Inicia su padecimiento en junio de 2018 con cuadro de hematuria macroscópica, facultativo privado solicita Tomografía Abdominopélvica documentando tumor vesical, realizándose cistectomía parcial el 30 de junio de 2018 con reporte histopatológico de Adenocarcinoma mucinoso.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Caso 1. En el servicio de Anatomía Patológica se recibe producto de cistoprostatectomía más uraco, al corte se identifica un tumor que mide 4x3cm de crecimiento polipoide, se identifica uraco sin lesión. Los cortes histológicos muestran un adenocarcinoma bien diferenciado y próstata con hiperplasia glándular.

Caso 2. 24.07.19: CISTECTOMÍA RADICAL: Adenocarcinoma primario de vejiga de tipo mucinoso de células en anillo. Con inmunohistoquímica positiva para CK20, CK7 y ACE; y negativa para Vimentina, P63 y GATA 3.

### Discusión y Conclusiones:

El adenocarcinoma de vejiga variante de células en anillo representa un subtipo histológico raro que en la mayoría de los casos se diagnostica en estadios avanzados. El tratamiento estándar es la cistectomía radical con linfadenectomía, aunque también se han documentado cistectomías parciales. Es necesario el uso de inmunohistoquímica en el diagnóstico diferencial de un carcinoma primario de vejiga contra un contra

un secundario (ya sea por infiltración o por metástasis).

### Bibliografía:

Minghao Z, Elizabeth G, Stephen MR, Ximing JY. Primary Adenocarcinoma of the Urinary Bladder: Differential Diagnosis and Clinical Relevance. Arch Pathol Lab Med. 2013; 137:371-381. Flaig, W., Spiess, T. E., Agarwal, P. et al (2019), Bladder Cancer, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Pp.

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U3**

Título:

**Enfermedad de paget extramamaria y carcinoma epidermoide invasor sincrónicos de región anogenital asociados con infección por virus del papiloma humano.**

Autor o autores:

**Fredy Chablé Montero, Carolina Cruz Reyes, Alicia MC Cervantes Sánchez, Miguel Enrique Cuéllar Mendoza**

Institución o instituciones:

**Hospital San Ángel Inn Universidad**

Autor que presentará el trabajo:

**Fredy Chablé Montero**

### Introducción y Objetivos:

La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es un adenocarcinoma intraepidérmico que afecta áreas con abundantes glándulas apócrinas. En la región escrotal y peneana representa el 14% de los casos. La EPEM puede estar asociada con otros carcinomas, entre los cuales, se encuentra el carcinoma epidermoide invasor, principalmente en región vulvar. El objetivo de este trabajo es documentar un caso de presentación sincrónica de EPEM y carcinoma epidermoide invasor confirmado con estudio de inmunohistoquímica, así como su asociación con infección por Virus del Papiloma Humano de alto riesgo (VPH-AR).

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 84 años con tumor de piel de región anogenital e inguinal izquierda de más de 10 años de evolución. Se realizó resección en bloque de piel peneana, escrotal, perineal e inguinal izquierda por sospecha clínica de carcinoma epidermoide con metástasis en ganglios linfáticos regionales.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

La resección quirúrgica mostró un tumor cutáneo de 16.9 x 13.4 cm con superficie irregular a granular café rojo que alternaba con áreas blanco grisáceas. A nivel de la piel inguinal izquierda se identificó nódulo sólido de 5.9 x 4.3 cm, que correspondió con una neoplasia maligna invasora de estirpe escamosa (P63+) con invasión linfovascular y necrosis multifocal. En el resto de la piel se observó un adenocarcinoma intraepidérmico constituido por células grandes de citoplasma claro, núcleos moderadamente pleomórficos, positivas para CK7, CAM5.2, ACE y Her-2, la cual se extendía a los anexos cutáneos. Se observó metástasis del componente epidermoide en 2 de 15 ganglios linfáticos. Se realizó PCR en tiempo real para genotipos de VPH-AR. Se detectó VPH56 en EPEM y VPH66 en carcinoma epidermoide metastásico; mientras que, la integración de VPH16 fue detectada en ambos tumores.

### Discusión y Conclusiones:

En una serie de 421 casos de pacientes con EPEM (SEER), se documentó asociación con carcinoma epidermoide de pene en 1.2% y escroto en 0.5% de los casos. Las teorías descritas para explicar esta coexistencia son: potencial metaplásico de las células de EPEM, origen en una célula progenitora común o colisión como neoplasias independientes. Aún cuando el 50% de las EPEM de escroto son positivas para P16, no se demostró integración viral mediante hibridación

in situ. En ninguno de los trabajos previos con PCR para VPH, se había documentado infección como un probable factor etiológico en EPEM. En conclusión, presentamos un caso único de EPEM asociada con carcinoma epidermoide invasor genital relacionados con VPH-AR, lo que plantea una nueva vía de carcinogénesis no descrita previamente.

### Bibliografía:

Lee GC, et al. Risk of proximal and local neoplasms in 2206 patients with anogenital extramammary Paget's disease. Dis Colon Rectum. 2019; 62 (11): 1283-1293.

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U4**

Título:

**Enfermedad de paget extramamaria y carcinoma epidermoide invasor sincrónicos de región anogenital asociados con infección por virus del papiloma humano.**

Autor o autores:

**Dra. Itzel Araceli Ortiz Meza, Dra. Raquel Garza Guajardo, Dra. Oralía Barboza Quintana, Dr. Edwards Rodríguez Hinojosa, Dr. Juan P. Flores Gutierrez, Dra. Natalia Vilches Cisneros, Dra. Gabriela Gómez**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Edwards Rodríguez Hinojosa**

### Introducción y Objetivos:

El linfoma primario testicular es una forma infrecuente, pero agresiva de linfoma no Hodgkin extranodal. Representa <5% de las neoplasias testiculares y del 1-2% de los linfomas no Hodgkin, con una incidencia de 0.09-0.26/100 000 habitantes por año. La edad media de diagnóstico es de 66-68 años, como una masa indolora,

asociado a hidrocele en el 40%, con involucro bilateral en el 6 a 10% de los casos.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Presentamos un estudio retrospectivo de 2010 a 2019 de casos reportados como linfoma testicular de pacientes del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de Monterrey, Nuevo León. Reportamos 7 casos de pacientes masculinos con edad promedio de 61.7 años, los cuales presentan como signo inicial aumento progresivo en región escrotal, unilateral en la mayoría, pero dos pacientes reportaron involucro bilateral, uno al tiempo del diagnóstico y otro un año posterior al primer diagnóstico; dos pacientes cuentan con hipertensión arterial crónica como único antecedente y tres de ellos con valores séricos de gonadotropinas, alfa fetoproteína y antígeno carcinoembrionario en valores normales.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En los especímenes de orquiectomía se identifica una infiltración difusa de células grandes, de aspecto centroblastico (6 de 7 casos), y uno de aspecto anaplásico, con células multinucleadas y alta actividad mitótica, acompañadas de áreas de necrosis geográfica extensa. Por histología se realiza el diagnóstico de linfoma no Hodgkin de células grandes, se confirma origen B con inmunohistoquímica y se realiza algoritmo de Hans, así como búsqueda de expresión de BCL6, C-MYC y BCL por inmunohistoquímica y FISH. La mayoría resultaron post germinales (5 de 7) CD-10 negativo, MUM-1 positivo (mayor del 30%), con Ki67 del 90%, dobles y triples expresores (5 de 7 casos), y un caso triple Hit.

### Discusión y Conclusiones:

Se considera que del 80-98% de los linfomas primarios testiculares corresponden a LNH difusos de células grandes. Aunque no está estandarizado para realizarse en testículo, si se realiza

el algoritmo de Hans, hasta el 75% de los casos podrían clasificarse como centro germinal, o activados; pero existe la posibilidad de que haya expresión de CD-10 y altos niveles de Mum-1. Si bien la frecuencia de los reordenamientos de BCL2 (~ 10%) y MYC (~ 15%) es comparable a los linfomas no Hodgkin de células grandes nodal post germinal, las translocaciones genómicas de BCL6 aparecen con menos frecuencia en los linfomas difusos de testículo (~ 60% en el nodal versus ~ 40% en testículo). Además, se ha descrito un aumento de más de dos veces la frecuencia de las deleciones del locus CDKN2A en LNHCG testicular (71%) en comparación con LNHCG post germinal nodal (35%).

### Bibliografía:

Ma RZ, Tian L, et al. The survival and prognostic factors of primary testicular lymphoma: two-decade single-center experience. *Asian J Androl.* 2018;20(6):615–620. doi:10.4103/aja.aja\_73\_18.

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U5**

Título:

**Carcinoma renal de células claras con morfología eosinofílica y su valor en el pronóstico.**

Autor o autores:

**Acosta-Jiménez Elsa\*, Macías Clavijo María de los Ángeles\*, Beltrán-Suarez Edgar\*\***

Institución o instituciones:

**\*Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” CMN La Raza \*\*Servicio de Urología del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” CMN La Raza.**

Autor que presentará el trabajo:

**Quiroz Camacho Dulce Mariana**

### Introducción y Objetivos:

Los carcinomas renales de células claras de tipo convencional (CRCCC) son el tipo histológico

más frecuente, su diagnóstico es establecido por criterios arquitecturales simples, sin embargo hay características histológicas mixtas que plantean varios diagnósticos diferenciales, aunado a los avances de citogenética y biología molecular del cual han emergido nuevas entidades y cambios importantes en la clasificación. Una característica morfológica es la eosinofilia que incluye un espectro amplio de entidades, algunas con un comportamiento indolente y otras agresivo.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Estudio retrospectivo, abierto, transversal, observacional, descriptivo y comparativo; de enero de 2008 a diciembre 2019, seleccionando el CRCCC con áreas eosinófilas.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Un total de 342 casos diagnosticados como CRCCC, de los cuales 74 casos correspondieron a CRCCC con morfología eosinofílica, encontrando mayor número de pacientes con un tamaño mayor a 10cm, pT3 y pT4 (62%), el 81% de estos se acompaña con necrosis y un grado nuclear alto de la clasificación de Fuhrman, correspondiendo el 40% a un grado nuclear de 3 y el 60% al grado nuclear de 4. El 43% de estos tumores tenían infiltración a la fascia de Gerota y un 32% con metástasis al momento del diagnóstico.

### Discusión y Conclusiones:

El carcinoma de células renales que incluyen características eosinófilas son un espectro amplio de las cuales se derivan distintas entidades clínicopatológicas y biológicas con diferencias pronósticas y terapéuticas, aunque el CRCCC con morfología eosinofílica presenta las mismas características moleculares que el CRCCC, su comportamiento biológico es más agresivo por lo que es importante establecer su diagnóstico y diferenciarlo de otras entidades.

### Bibliografía:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.path.2015.09.003>,  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ucl.2015.08.008>,  
10.1097/PAI.0b013e31823fed3,  
10.5858 / arpa.2013-0653-RA ,10.1097 /  
PAS.0b013e318299f2d1, 10.5732/cjc.012.10136

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U6**

Título:

**Tumor de colisión renal: Angiomiolipoma y Carcinoma de células renales.**

Autor o autores:

**Dr. Max Molina Ayala, Dr. José Iván Robles Torres, Dra. Med. Raquel Garza Guajardo, Dra. Med. Oralia Barboza Quintana.**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Max Molina Ayala**

### Autor que presentará el trabajo:

Introducción y Objetivos: El angiomiolipoma renal es una neoplasia mixta mesenquimal y benigna compuesta por músculo liso, tejido adiposo y vasos sanguíneos. La coexistencia con un carcinoma de células renales de cualquier variedad dentro del mismo, en un tumor de colisión, es una entidad rara. Incluso en un contexto de esclerosis tuberosa, esta asociación de ha demostrado en muy pocos casos reportados por la literatura.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Un masculino de 29 años con diagnóstico de Esclerosis Tuberosa, diagnosticado a los 15 años, se presentó a la sala de urgencias con hematuria macroscópica e inestabilidad hemodinámica. La exploración física reveló estigmas de ET, así como presión arterial de 90/60mmHG, y

taquicardia y masa abdominal palpable en flanco derecho. Posterior a la estabilización y colocación de sonda urinaria, el paciente continuó con hematuria macroscópica abundante. Los estudios de imagen por TAC revelaron un hematoma perirrenal, y múltiples AML bilaterales, con el mayor en lado derecho. Se realizó angioembolización al segundo día de ingreso, con posterior estabilización de los niveles de hemoglobina y disminución de la hematuria. Se realiza nefrectomía al día 5.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió un riñón con pérdida de su arquitectura general, a expensas de aumento de volumen, con cápsula perirrenal incompleta y escasos tejidos blandos perirrenales con peso de 2,450gr y medidas de 28x18x15cm. A la sección presento una superficie de corte heterogénea, con abundante hemorragia, y otras áreas solidas de color ocre y escaso tejido adiposo entremezclado. A la microscopia de luz, se observaron los 3 componentes del AML, con tejido adiposo maduro, vasos displásicos, y áreas fusocelulares. En una de las secciones, se identificó una transición con células eosinófilas, es una trama vascular fina y núcleos grandes y redondos con nucléolo. La IHQ reveló áreas de AML positivas para HMB45, y otras positivas para PAX8 y negativas para HMB45, compatible con CCR grado 4 de la OMS/ISUP.

### Discusión y Conclusiones:

La Esclerosis Tuberosa es el segundo síndrome neurocutáneo más común. Es un desorden genético multisistémico que causa tumores benignos en diferentes órganos, por mutaciones genéticas en la hamartina y tuberina. Aproximadamente, del 50 al 80% de los pacientes afectados desarrollan AML, un tumor trifásico benigno compuesto por tejido adiposo, células fusocelulares y vasos hialinizados de pared irregular, de comporta-

miento benigno.

La transformación a CCR es anecdótica, con pocos casos reportados en la literatura, y solo es posible soportarle con IHQ, obteniendo positividad para marcadores melánicos en el componente de AML, y negativo en el CCR, así como descartar oncocitoma con CD117 por la morfología eosinófila de la lesión. El tratamiento para estos casos con sangrado agudo es la embolización y posterior nefrectomía de la lesión, y seguimiento del riñón contralateral.

### Bibliografía:

Crino PB, Nathanson KL, Henske EP. The tuberous sclerosis complex. *New England Journal of Medicine*. 2006 Sep 28;355(13):1345-56.  
2. Arrabal-Polo MA, Arrabal- Martin M, Palao-Yago F, Jimenez-Pacheco A, Garcia-Galvis OF, Zuluaga-Gomez A. Wunderlich syndrome from a malignant epithelioid angiomyolipoma.

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U7**

Título:

**Sarcoma sinovial primario renal. Informe de un caso.**

Autor o autores:

**Mario Murguía Pérez, Yunuén Ibiza García Mendoza, Saulo Mendoza Ramírez, Francisco Javier Sánchez Gutiérrez**

Institución o instituciones:

**UMAE N° 1 Hospital de Especialidades CMN Bajío IMSS, Laboratorio de Anatomía Patológica Especializada e Inmunohistoquímica DIME, Hospital Médica Campestre, UROCEM**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Karen Sarahí Vázquez Rodríguez**

### Introducción y Objetivos:

El sarcoma sinovial es una neoplasia maligna de



tejidos blandos poco frecuente que corresponde a menos del 1% de todas las neoplasias malignas en adultos. Se localizan con mayor frecuencia en el muslo proximal, cabeza y cuello, zonas adyacentes a articulaciones, y con menor frecuencia en pulmón, corazón y riñón. Muy pocos casos han sido informados en riñón, debido a su dificultad para diferenciarlos en un inicio de otras neoplasias renales, o a un diagnóstico erróneo debido a que no se realizan los estudios especiales complementarios que permitan su diagnóstico.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Mujer de 33 años, sin antecedentes de importancia, tipo sanguíneo B Rh -, sin antecedentes de importancia. Presentó desvanecimiento en diciembre del 2019, y hematuria macroscópica en enero del 2020. Se agregó dolor en flanco derecho, por lo que acudió a revisión con urólogo en medio privado. Se realizó tomografía computada, la cual evidenció un tumor dependiente de riñón derecho, de 16.3x11.2x12.7cm, heterogéneo, con áreas de necrosis, que condicionaba efecto de masa en estructuras adyacentes. Se decidió realizar biopsia con aguja de corte dirigida por tomografía.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibió tejido multifragmentado obtenido por biopsia con aguja de corte. Microscópicamente se evidenció una neoplasia maligna constituida por células pequeña que forman láminas con sobreposición leve, anguladas, con citoplasma escaso, núcleos con cromatina densa, sin nucleolos, sin formación de luces. Las células se disponen en un fondo fibroesclerosado, sin tejido renal residual. Se realizó inmunohistoquímica, la cual fue positiva para CD99, BCL2, CD56, sinaptofisina y TLE-1, y negativo a citoqueratinas 7 y 20, cromogranina, LCA, NKX 2.2, FLI-1 y TTF-1. Con los resultados obtenidos, se concluyó como sarcoma sinovial poco diferenciado. La paciente se encuentra en protocolo quirúrgico, y en espera debido a la escasez de su tipo sanguíneo.

### Discusión y Conclusiones:

El sarcoma sinovial renal es un tumor muy raro, habiendo poco más de 50 casos informados a nivel mundial. Se manifiestan como sensación de masa abdominal, hematuria y otros signos inespecíficos. Es más frecuente en hombres y con edad media de 35 años. Histológicamente se divide en monofásico, bifásico y poco diferenciado, siendo el primero el más frecuente. Por inmunohistoquímica, son positivos para TLE-1, CD99, BCL2, CD56 y EMA, este último cuando son bifásicos. La alteración genética característica es una fusión génica, t(X:18)(p11.2q11.2), la cual es específica para estos tumores sin importar el grado de diferenciación tisular, y que se puede demostrar por PCR o por FISH. Entre los diagnósticos diferenciales se deben considerar el nefroblastoma, carcinoma sarcomatoide de células renales, tumores neuroectodérmicos primitivos, tumor fibroso solitario y otros tumores indiferenciados.

### Bibliografía:

Herrera-Lomónaco S, et al. Sarcoma sinovial primario del riñón: una presentación inusual. Rev Med Urol. 2017; 77(1): 56-60.

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U8**

Título:

**Neoplasia Renal Quística Multilocular de Bajo Potencial Maligno: Reporte de 2 casos y revisión de la literatura.**

Institución o instituciones:

**Ma. Elena Marín Fragoso, Perla Marely Méndez Aceves, Rosa Elena Bernal Marín, Priscila Bernal Marín.**

Institución o instituciones:

**Unidad Médica Marbe, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Baja California y Escuela de Medicina del Tec de Monterrey campus Ciudad de México.**

Autor que presentará el trabajo:

**Ma. Elena Marín Fragoso**



### Introducción y Objetivos:

La NRQMBPM previamente llamada carcinoma de células renales quístico multilocular es una neoplasia rara, con criterios morfológicos que se definieron en la clasificación de la OMS 2016 y con conducta biológica no agresiva (1, 2). Reportamos dos casos de esta interesante neoplasia con revisión de la literatura.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Caso 1: Mujer de 32 años con diagnóstico previo de carcinoma renal de células claras que se sometió a nefrectomía radical izquierda. Caso 2: Hombre de 63 años, por TAC se observó tumor confinado en seno renal y se realizó nefrectomía radical.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En la pieza quirúrgica de la nefrectomía radical del caso 1 se observó tumor localizado en el polo superior de 10.5 cm. y en el caso 2 el tumor se localizó en la parte media del riñón derecho y medía 3 cm., en ambos la neoplasia estaba formada completamente por quistes de contenido seroso. Los cortes histológicos mostraron quistes revestidos por una capa de células con abundante citoplasma claro y pequeños núcleos sin nucleolo aparente grado 1 y 2 (OMS/ISUP). En los septos existían escasos nidos pequeños no expásiles formados por células semejantes a las del revestimiento de los quistes y en ninguna de las áreas se demostraron necrosis, invasión vascular, ni transformación sarcomatosa por lo que se diagnosticaron como NRQMBPM.

### Discusión y Conclusiones:

La revisión de la literatura de la última década proporciona información de que la NRQMBPM tiene comportamiento biológico poco agresivo, sin recurrencias, ni metástasis después de la

resección quirúrgica y la clasificación reciente de la ISUP/OMS la separa del CCRCC (1,4,5,6). La NRQMBPM representa menos del 1% de las neoplasias renales, afecta predominantemente adultos en edad media con relación H:M de 1.2:1 a 2.1:1(4,5). El 90% de los casos se descubren incidentalmente durante la evaluación radiológica por otras causas (4). El diagnóstico diferencial más importante es con carcinoma de células renales con necrosis quística y con otros tumores quísticos renales (2,3,7) A pesar de que la morfología, inmunohistoquímica y alteraciones genéticas son semejantes en la NRQMBPM y el CCRCC, estos dos tumores tienen patrón diferente de mutación de KRAS y de conducta biológica (4).

### Bibliografía:

WHO, Pathol. of Tumours of the Urinary System and Male Genital Org, 2016. 2.Europ Urol Suppl 16 (2017)232-240 3.The journal of urol, 196 (2016), 1-6. 4.Pathol Research and Pract 212 (2016) 471-474. 5.Human Pathol 17 (2019) 200305 6.Virch Archiv,2018,473 (1) 85-93 7.Case Reports in Urology2016.

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U9**

Título:

**Tumor seroso Borderline paratesticular en un paciente pediátrico: reporte de caso.**

Autor o autores:

**Dra. Itzel Araceli Ortiz Meza, Dra. Oralia Barboza Quintana, Dra. Marisol Ibarra Ramirez, Dr. Med. Marco Antonio Ponce Camacho, Dr. Rodolfo Franco Marquez, Dr. Edwars Rodríguez Hinojosa**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra Itzel Araceli Ortiz Meza**

### Introducción y Objetivos:

Los tumores de región paratesticular, (que incluye rete testis, epidídimo, mesotelio y epitelio vestigial y tejidos blandos paratesticulares), son en general tumores de lento crecimiento, con escasa sintomatología y la mayor parte de los casos, de naturaleza benigna. En esta área, podría de manera hipotética surgir a partir de metaplasia mülleriana de la túnica vaginalis un tumor seroso borderline, el cual es histológicamente idéntico a su contraparte en ovario, sin embargo, esta teoría no se encuentra totalmente aceptada.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Masculino de 10 años, el cual presenta en 2018 ginecomastia e hidrocele ipsilateral; a la exploración física el tamaño del testículo derecho es de 12 ml y 10 ml, el izquierdo. Se solicitó perfil hormonal, que informó resultados normales según su edad (Testarrona 18.5 ng/dl; FSH 3.17mUI/ml, LH 0.33mUI/ml). Ultrasonidos pélvicos normales, la tomografía computarizada de tórax informó ginecomastia y la tomografía computarizada abdominal sin hallazgos anormales. Además, se analizó un cariotipo de cincuenta metafases con resultados normales (46, XY).

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se recibe producto de orquiectomía, de 3.5 cm de diámetro mayor el cual presenta al corte una zona tumoral mal definida de 1.8 cm de diámetro mayor, de color blanquecino, la cual ocupa la túnica vaginal y epidídimo, e infiltra el parénquima testicular. En los cortes histológicos se observa una neoplasia de aspecto quístico, con proyecciones papilares jerárquicas, revestidas por una o varias capas epiteliales de células columnares, o en tachuela; moderada atipia y escasas mitosis. Se realizaron marcadores de inmunohistoquímica, resultando positivo: PAX-8, antígeno de membrana epitelial y citoqueratina 7, confirmando el diagnóstico de tumor seroso borderline.

### Discusión y Conclusiones:

El tumor seroso borderline fue reportado por primera vez por Young y Scully en 1986, y subsecuentemente aproximadamente 15 casos han sido reportados. La mayoría en adultos, solo unos pocos casos en niños. Se caracterizan por ser tumores quísticos con formaciones papilares, con moderada atipia, y escasas mitosis, característicamente positivos para estrógenos, progesterona, WT1 y Pax-8, como su contraparte en ovario. A pesar de los escasos casos reportados, el pronóstico suele ser favorable tras la resección quirúrgica, con seguimiento libre de enfermedad hasta por 18 años.

### Bibliografía:

Tsutsumi, M. , Kuniyasu, H. , Enomoto, Y. , Uematsu, K. and Konishi, Y. (2008), Serous borderline tumor of the paratestis. *Pathology International*, 58: 311-316. doi:10.1111/j.1440-1827.2008.02229.x

Categoría del resumen:

**Uropatología. Clave: U10**

Título:

**Carcinoma de células renales cromóforo. Reporte de caso en pediatría y revisión de la bibliografía.**

Autor o autores:

**Dra. Elsa Acosta Jiménez, Dra. María de los Ángeles Macías Clavijo, Dr. Daniel Eduardo Rodríguez García, Dra. Fernanda Alicia Baldeón Figueroa**

Institución o instituciones:

**IMSS**

Autor que presentará el trabajo:

**Daniel Eduardo Rodríguez García**

### Introducción y Objetivos:

El tumor maligno renal más común edad pediátrica es el tumor de Wilms, que se presenta entre los 5 a 10 años. Los tumores epiteliales son considerados el segundo más frecuente y de estos un tercio corresponde a la translocación Xp 11.2.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Paciente femenino de 15 años, sin antecedentes heredofamiliares de importancia. Inicia con hematuria y dolor en flanco derecho por lo que se le realiza USG y TAC con hallazgos de tumor renal derecho. Se realizó nefrectomía radical. Fue valorada por genética, neumología y dermatología.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Los hallazgos macroscópicos fueron neoplasia renal que mide 7.9x7x7cm que abarca región media y polo inferior, con trombo tumoral en la vena, histológicamente correspondió a Carcinoma Renal Cromóforo Eosinófilo, grado histológico de PANER III, panel de inmunohistoquímica CD117 +, BCL2 +, EMA y CD10 + focal, CK20, CK7, Vimentina Y WT1 negativos.

### Discusión y Conclusiones:

El carcinoma de células renales (CCR) es el tumor renal más frecuente en los adultos, pero es raro en niños, representan el 2% todos los tumores renales de la infancia y de ellos solo el 3.3% pertenece a los carcinomas de células renales cromóforos (CCRC). En pacientes pediátricos la edad media es de 10 años, por lo general es unifocal y no tiene metástasis a ganglios lo que confiere mejor pronóstico en comparación a los adultos. Se ha relacionado con diferentes síndromes genéticos, el CCRC se ha relacionado con el síndrome de Birt Hogg Dubé que involucra carcinoma renal multifocal, fibrofoliculoma cutáneo, quistes pulmonares y neumotórax espontáneo, en nuestra paciente fue descartado de forma clínica.

### Bibliografía:

<http://dx.doi.org/10.3834/uij.1944-5784.2013.02.12>, doi:10.1002/cncr.29368, DOI 10.1002/pbc.21779, DOI:10.1016/S0022-5347(05)00671-3, doi:10.1016/j.

path.2010.06.011., [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(08\)73907-X](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(08)73907-X)

Categoría del resumen:

**Patología Veterinaria. Clave: V1**

Título:

**Linfoma y linfocitosis persistente (leucosis bovina enzoótica) en un bovino de carne. Reporte de caso.**

Autor o autores:

**Mariana Isabel Olivares Salazar, Rocio Estrada Robledo, Carlos Lucas Leyva, Juan Bernardo Romero Pérez.**

Institución o instituciones:

**Centro de Enseñanza, Investigación y Extensión en Ganadería Tropical. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Universidad Nacional Autónoma de México.**

Autor que presentará el trabajo:

**Mariana Isabel Olivares Salazar**

### Introducción y Objetivos:

La leucosis bovina enzoótica (LBE) es una enfermedad crónica infecciosa del ganado bovino con carácter linfoproliferativo que afecta principalmente a los linfocitos B y se caracteriza por presentar una forma tumoral: linfoma maligno (LM) o linfosarcoma (LS), una forma con linfocitosis persistente (LP) y puede considerarse también una forma en la cual los animales tienen anticuerpos anti-VLB sin LP ni LM que en su mayoría se presenta de manera subclínica. El responsable de la enfermedad se debe a la infección por un virus del género Deltavirus, de la familia Retroviridae.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

En un hato de bovinos de carne, en un periodo de 16 días han muerto 20 terneros, los cuales presentan los mismos signos, los cuales inician con dificultad para caminar o mantenerse parados y depresión, dos días antes de su muerte

se encuentran postrados, en ese momento es cuando se llenan de garrapatas y finalizan con la muerte. Se realiza la necropsia de un bovino macho de 1 año de la raza simmental, con una toma de sangre en un tubo con EDTA previa a la eutanasia, la cual se realiza con pistola de émbolo oculto y posterior desangrado cortando vena yugular y carótida, en este punto se toma sangre con una laminilla y se obtiene un frotis sanguíneo y durante la necropsia se toma además de la muestra de diferentes órganos para histopatología se toma una impronta de hígado.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

La sangre tomada con EDTA se le realizó una biometría hemática donde se determina una anemia macrocítica normocrómica, leucocitosis por linfocitosis y alteraciones morfológicas en linfocitos. El frotis sanguíneo, tomado durante la muerte, así como a un segundo frotis realizado de la sangre en EDTA se les realizó tinción de Giemsa para detectar parásitos sanguíneos o bacterias intracelulares a la cual fue negativa. A la impronta de hígado se le realizó tinción de Diff Quick con diagnóstico citológico de tumor de células redondas compatible con linfoma. Los hallazgos a la necropsia fue linfadenomegalia de linfonodos abdominales del lado izquierdo. Y los hallazgos microscópicos fueron linfoma de linfonodos abdominales, bazo e hígado (linfoma multicéntrico).

### Discusión y Conclusiones:

La transmisión de VLB de un animal a otro puede efectuarse en forma vertical (de madre a hijo) u horizontal (de animal a animal), aunque esta última predomina sobre la primera y se menciona también picadura por artrópodos como vector de la enfermedad, así como la vía iatrogénica (uso de la misma aguja y guantes de palpación, desinfección de material para descorne entre otros). Esta enfermedad genera un alto impacto económico especialmente en la ganadería de

leche, por los altos costos en tratamientos sintomáticos, muertes prematuras y reemplazo de animales enfermos, disminución de la producción láctea y las restricciones de importación y exportación impuestas por algunos países.

Existen varios métodos de diagnóstico para demostrar la infección por VLB, pero los métodos serológicos son más factibles, en particular se usan pruebas serológicas como son la IDGA, ELISA, PCR entre otras.

### Bibliografía:

Chamizo Pestana, Elpidio G. Leucosis Bovina Enzoótica, REDVET. Bibiana Benavides Benavides, Laura María Laverde Trujillo. Virus de leucosis bovina: un enemigo silencioso. Journal of agriculture and animal sciences. B. Toma, M Eloit y M. Savey. Las enfermedades animales por retrovirus Rev. Sci. Tech.

Categoría del resumen:

**Patología Veterinaria. Clave: V2**

Título:

**Evaluación inmunohistoquímica de toxoplasmosis y clamidiosis en tejidos fetales de cabra y borregos domésticos.**

Autor o autores:

**Hernández García DI, Pérez Guiot A, Candanosa Aranda IE**

Institución o instituciones:

**Centro de Enseñanza, Investigación y Extensión en Producción en Altiplano (CEIEPAA), Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia (FMVZ), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)**

Autor que presentará el trabajo:

**Candanosa Aranda Irma Eugenia**

### Introducción y Objetivos:

En México se desconoce la proporción de abortos infecciosos en los cabra y borrego, cuyos productos son para el consumo humano. La

toxoplasmosis y la clamidiosis son enfermedades que afectan en su mayoría a pequeños rumiantes, ambas causan abortos en el tercer tercio de la gestación y no producen signos clínicos aparentes, sin olvidar que las dos son enfermedades zoonóticas, importantes para la salud pública por causar abortos en las mujeres. El objetivo fue determinar la presencia *T. gondii* y *C. abortus* por la técnica de inmunohistoquímica en cabras y borregos provenientes del altiplano.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se realizó un estudio retrospectivo 2009 al 2018 de los casos de abortos de cabras y borregos que llegaron al laboratorio de patología CEIEPAA, FMVZ-UNAM. Resultando 129 casos de pequeños rumiantes, de éstos fueron 27 abortos de cabra y 9 de borrego que tenían lesiones sugerentes a estos procesos infecciosos. Se estandarizó la técnica de inmunohistoquímica estreptavidina peroxidasa contra *Toxoplasma gondii* y *Chlamydia abortus* y se aplicó en cerebro, placenta, pulmón e hígado de cada feto.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Los resultados obtenidos en los abortos de cabras fueron: 11 inmunopositivos a toxoplasmosis, 3 inmunopositivos a clamidiosis, y 6 positivos a ambos agentes; en borregos fueron 3 inmunopositivos a toxoplasmosis y 1 inmunopositivo a clamidiosis, y un caso positivo a ambos agentes, evidenciando una coinfección. El órgano en donde se encontró mayor inmunopositividad fue la placenta, seguido del hígado, para ambos agentes.

### Discusión y Conclusiones:

En México se desconocen las causas principales de abortos en los pequeños rumiantes, debido a que no se envían muestras al laboratorio de diagnóstico y no existe un subsidio gubernamental en salud animal para los pequeños

productores. En el presente estudio se observaron casos de abortos causados *Toxoplasma gondii* y *Chlamydia abortus* en ambas especies. Se han informado brotes de abortos asociados con ambos agentes, aunque poco frecuente, siendo abortos multifactoriales que están relacionados con el medio ambiente, estado zosanitario, medicina preventiva y otras cuestiones para que los animales sean propensos a adquirir varias enfermedades de manera simultánea. El método de inmunohistoquímica es confiable y una buena alternativa como método de diagnóstico primario en abortos causados por *Toxoplasma gondii* y *Chlamydia abortus*.

### Bibliografía:

Menzies PI. Control of Important Causes of Infectious Abortion in Sheep and Goats. *Vet Clin Food Anim.* 2011;27: 81–93. Cedillo C. Diversidad genética de *Toxoplasma gondii* en animales domésticos y fauna silvestre en México y correlación de su patogenicidad en casos clínicos, [tesis doctoral] CdMx.

Categoría del resumen:

**Patología Veterinaria. Clave: V3**

Título:

**Ependimoma papilar con diseminación a médula espinal en un san bernardo.**

Autor o autores:

**Luna-Sánchez Aline Daniela, Salazar-Olivares Mariana Isabel, Juárez-Ramírez Mireya**

Institución o instituciones:

**Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM**

Autor que presentará el trabajo:

**Aline Daniela Luna Sánchez**

### Introducción y Objetivos:

En perros las principales neoplasias del IV ventrículo son el carcinoma de plexos coroideos, ependimoma y menos frecuente, el meningio-

ma. Los ependimomas representan el 3% de las neoplasias del SNC y han sido informados en perros, gatos, equinos y bovinos. La incidencia aumenta con la edad, se desarrollan con mayor frecuencia en los ventrículos laterales, son de lento crecimiento y pueden diseminarse vía LCR. Microscópicamente comparten características con los ependimomas del humano; sin embargo, en perros únicamente se han identificado las variantes histológicas celular y papilar.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Una San Bernardo hembra de 7 años de edad fue recibida al área de neurología por tetraparesia, que de acuerdo a la evaluación y signos neurológicos se consideraba secundaria a poli-radiculoneuritis. Debido al grave deterioro físico que presentaba la paciente, se aplicó la eutanasia y se realizó el estudio post mortem en el Departamento de Patología de la FMVZ-UNAM.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En la porción ventral del encéfalo, las leptomeninges del puente, cuerpos trapezoides y pirámides estaban engrosadas y opacas. En los cortes longitudinales se identificó un tejido neoplásico gris claro, granular y suave, que expandía a las meninges e involucraba al cuarto ventrículo, rodeaba al tallo cerebral y se extendía a lo largo de la médula espinal comprimiéndola. Microscópicamente correspondió a una neoplasia compuesta por pseudorosetas perivasculares y papilas revestidas por células cúbicas o cilíndricas, dispuestas en poliestratos con pérdida de la polaridad nuclear y bajo conteo mitótico. Las células neoplásicas se encontraron a lo largo de la médula espinal en el espacio subaracnoideo, comprimían al parénquima y raíces nerviosas, ocasionando desmielinización grave. Fueron positivas a GFAP y negativas a CK AE1/3 y E-cadherina. Se concluyó el diagnóstico de ependimoma papilar.

### Discusión y Conclusiones:

Considerando las tres neoplasias frecuentes del IV ventrículo en esta especie, su capacidad de diseminación vía líquido cefalorraquídeo y que pueden presentar patrones histológicos similares, es indispensable realizar inmunohistoquímica para su diagnóstico definitivo; siendo GFAP el anticuerpo de elección para el diagnóstico del ependimoma. En general, debido a la localización y difícil abordaje quirúrgico, el pronóstico para los pacientes es desfavorable. En este caso, las lesiones macro y microscópicas explican la tetraparesia por compresión y desmielinización de las raíces nerviosas a lo largo de médula espinal.

### Bibliografía:

A. Sfacteria, et al. Cytologic and histologic features of spinal cord ependymoma in a young dog: A case report. *Veterinarni Medicina*. 2010 (1): 35–38; Higgins JR. Tumors of the Nervous System. En: *Tumors in Domestic Animals*. 5th edition, Iowa, USA: Wiley Blackwell; 2017. 849-876.

Categoría del resumen:

**Patología Veterinaria. Clave: V4**

Título:

**Histoplasmosis intestinal en un poni. Informe de caso.**

Autor o autores:

**Luna-Sánchez Aline Daniela, Sánchez-Sánchez Tatiana, Rivera-Colín Diana, Martínez-Chavarría Luary C., Méndez-Bernal Adriana, Masri-Daba María, Hernández-Gil Mariano, Yáñez-Martínez E. Itzel**

Institución o instituciones:

**Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM**

Autor que presentará el trabajo:

**Aline Daniela Luna Sánchez**



### Introducción y Objetivos:

La histoplasmosis es una infección causada por *Histoplasma capsulatum*, que afecta a diferentes especies de mamíferos, incluido el humano y se transmite por inhalación o ingestión de macro y microconidias presentes en el suelo o en heces de aves y murciélagos. Tiene tres presentaciones clínicas: respiratoria, gastrointestinal y diseminada, siendo la primera la más común. Existen escasos reportes de histoplasmosis intestinal en cualquier especie y es una presentación inusual de la enfermedad. A conocimiento de los autores este es el primer caso informado en un equino en México.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Se presentó al Hospital para Équidos de la FMVZ UNAM, un Poni macho de 11 años, proveniente de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, con pérdida crónica de peso y diarrea no responsiva al tratamiento de dos meses de evolución. Al examen físico general se detectó taquicardia, anillo endotóxico, disminución de los movimientos intestinales y pobre condición corporal. En el US abdominal se observó efusión peritoneal, colapso intestinal y engrosamiento de la pared del colon (0.7 – 0.8 cm). Debido al grave deterioro físico y falta de respuesta al tratamiento, se aplicó la eutanasia y el cuerpo fue enviado para su estudio post mortem.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Las lesiones relevantes se restringen al tracto intestinal; la mucosa desde el íleon hasta el colon dorsal derecho era gris oscura, ulcerada, edematosa y medía aproximadamente 1 cm de grosor. Se encontró linfadenomegalia mesentérica con exudado caseoso. Microscópicamente se observó pérdida de las vellosidades intestinales, reemplazadas por una exacerbada respuesta inflamatoria granulomatosa. Los macrófagos

contenían numerosas estructuras levaduriformes intracitoplasmáticas rodeadas por un halo claro que medían de 1 a 3 mm de diámetro; fueron PAS y Grocott positivas. En microscopía electrónica se reportaron estructuras intrahistiocíticas con una cápsula ligeramente electrodensa e irregular. Mediante PCR se amplificó la fracción ITS del ADN ribosomal, confirmando un agente micótico. Los purificados obtenidos se enviaron a secuenciación, obteniendo el genoma de *Histoplasma capsulatum*.

### Discusión y Conclusiones:

Pese a que la presentación respiratoria es la forma más común de histoplasmosis, no se encontraron lesiones que confirmen esta vía de infección, por lo que se sugiere que la vía de entrada fue oral. Hay pocos casos informados de histoplasmosis en equinos y son aún menos los de presentación intestinal; este el primer reporte del conocimiento de los autores de histoplasmosis entérica equina en México. En la literatura se informan casos en humanos que suelen asociarse a inmunosupresión. Mencionan que las lesiones se restringen al tracto gastrointestinal y por los hallazgos al USG, la sospecha clínica era de una neoplasia en cavidad abdominal. Por endoscopia describen que las lesiones se generan en íleon terminal, colon y recto; mismo patrón observado en este caso y que también se ha descrito en equinos.

### Bibliografía:

Nunes, J, et. al Equine Histoplasmosis Presenting As a Tumor in the Abdominal Cavity. *Journal of Veterinary Diagnostic Investigation*. 2006; Rashi S. et al. Gastrointestinal Histoplasmosis: A Case Series. *International Journal of Surgical Pathology*. 2017.

Categoría del resumen:

**Patología Veterinaria. Clave: V5**

Título:

**Estesioneuroblastoma en un perro beagle: informe de caso.**

Autor o autores:

**Luna-Sánchez Aline Daniela, Lomán-Zúñiga Edgar Iván, González-Morales Dafne, Lino-Silva Leonardo Saúl, Vanda-Cantón Beatriz**

Institución o instituciones:

**Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, UNAM, Instituto Nacional de Cancerología.**

Autor que presentará el trabajo:

**Aline Daniela Luna Sánchez**

#### **Autor que presentará el trabajo:**

Introducción y Objetivos: El estesioneuroblastoma o neuroblastoma olfatorio, es una neoplasia poco frecuente en animales domésticos que se origina del neuroepitelio olfatorio. Se localiza típicamente en el techo de la cavidad nasal, es de crecimiento lento e invasivo, que suele infiltrar y romper la lámina cribosa, expandiéndose hacia los lóbulos frontales. Las características de estas lesiones por RM o TAC no permiten un diagnóstico certero; por su localización y similitudes histológicas con el carcinoma neuroendocrino debe realizarse inmunohistoquímica para el diagnóstico definitivo.

#### **Material y Métodos o Resumen Clínico:**

Beagle, macho de 12 años. La historia clínica refirió epistaxis unilateral izquierda y estornudos frecuentes con un año de evolución, además de convulsiones tónico-clónicas generalizadas con evolución de seis meses. En la TAC se identificó una neoplasia intranasal izquierda con ligera compresión de la cavidad nasal contralateral y exoftalmia izquierda asociada a desplazamiento por efecto compresivo de la neoplasia. Debido al pobre pronóstico, se aplicó la eutanasia y el cuerpo fue remitido para su estudio post mortem en el Departamento de Patología de la FMVZ-UNAM.

#### **Resultados y/o Resumen Histopatológico:**

En un corte sagital del cráneo se observó un tejido neoplásico de 5 cm de eje mayor, bien delimitado, suave, rosa claro con áreas hemorrágicas, que reemplazaba a los cornetes nasales, ocupando aproximadamente el 70% de la cavidad nasal izquierda. Se extendía y rompía la lámina cribosa, invadiendo los bulbos olfatorios y lóbulos frontales. El efecto masa ocasionó oclusión del ventrículo lateral izquierdo, edema, atrofia de la sustancia gris de la región frontoparietal y atrofia cerebelosa grave. Estaba compuesto por células de aspecto neuroendocrino, dispuestas en nidos, cordones y pseudorosetas vasculares, de citoplasma pálido con núcleo redondo de cromatina en sal y pimienta o hipercromático. Algunas células fueron positivas a Grimelius y se evidenciaron los gránulos neurosecretorios. Se observó inmunopositividad membranal para CD56, confirmando el diagnóstico de estesioneuroblastoma.

#### **Discusión y Conclusiones:**

Se cuenta con escasos informes de estesioneuroblastomas en animales domésticos, por lo que se desconoce la respuesta al tratamiento y tiempo de supervivencia. Este tipo de neoplasias suelen diagnosticarse en un estadio avanzado de la enfermedad cuando el pronóstico es malo por la invasión a estructuras óseas y encéfalo. Se debe considerar un proceso neoplásico en pacientes adultos con epistaxis crónica, disnea y signos nerviosos, y realizar un diagnóstico integral mediante estudios de imagen avanzada e histopatología. Algunos autores mencionan que en perros la radioterapia ha tenido resultados favorecedores en el tratamiento de neoplasias intranasales en conjunto con la cirugía radical; sin embargo, esta herramienta no está disponible actualmente en México para la oncología clínica veterinaria.

## Bibliografía:

Brosinski K. et al. Olfactory neuroblastoma in dog and cat: A histological and immunohistochemical analysis. *J Comp Pathol.* 2012.146(2-3):152-9;  
Söffler C, et al. Magnetic resonance imaging features of esthesioneuroblastoma in 3 dogs and one cat. *Tierarztl Prax Ausg K Kleintiere.* 2016. 44(5):333-340.

Categoría del resumen:

**Patología Veterinaria. Clave: V6**

Título:

**Síndrome Tetra Amelia en tres corderos pelibuey.**

Autor o autores:

**Mariana Isabel Olivares Salazar, Cristino Cruz Lazo.**

Institución o instituciones:

**Centro de Enseñanza, Investigación y Extensión en Ganadería Tropical. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Universidad Nacional Autónoma de México.**

Autor que presentará el trabajo:

**Mariana Isabel Olivares Salazar**

## Introducción y Objetivos:

La amelia es una malformación congénita del aparato músculo esquelético que implica la ausencia de uno o más extremidades. La tetra Amelia se define como la ausencia total de las cuatro extremidades que ocurre cuando el proceso de formación de las extremidades se interrumpe en las primeras etapas del desarrollo embrionario, esta entidad es muy rara tanto en humanos como en animales. En humanos la causa probable es un defecto en el gen WNT3, situado en el cromosoma 17q21 encargado del desarrollo de extremidades y otros órganos.

## Material y Métodos o Resumen Clínico:

En un hato de ovinos pelibuey en la temporada de partos en febrero en dos años (2019 y 2020)

han nacido 3 individuos con ausencia de las cuatro extremidades; 1 macho en el primer año y dos hembras en el siguiente, todos son corderos de partos dobles, en los cuales los hermanos nacieron sanos y sin ninguna alteración.

## Resultados y/o Resumen Histopatológico:

El cordero macho fue sacrificado a los 4 días de edad con sobredosis de xilacina intravenosa, durante estos días el animal bebía, comía y defecaba de manera normal. En el caso de las hembras una de ellas solo vivió unos minutos y la segunda vivió solo 3 días con sospecha de muerte por síndrome de inanición exposición. A los tres se les realizó necropsia donde se evidenció ausencia de los miembros torácicos hasta el húmero, mientras que las escápulas exhibieron ausencia del acromion y de la cavidad glenoidea dando el aspecto de un muñón, en el caso de los miembros pélvicos eran ausentes en su totalidad y los huesos que conforman la cadera exhibieron también falta del desarrollo, los cuales presentan una porción de los iliacos y pubis, sin la distinción del isquion. Los órganos internos no exhibieron alteraciones patológicas aparentes y en el caso del macho tampoco las exhibió.

## Discusión y Conclusiones:

En animales la amelia en una sola extremidad se a reportado en la literatura con más frecuencia en perros, gatos y cerdos, mientras que la amelia posterior total se describe en ovinos, bovinos y equinos. Hasta el momento no se han encontrado reportes con síndrome de tetra amelia en animales, pero tampoco la literatura las descarta. Se cree que, en las especies animales, esta malformación se debe a la acción de plantas teratogénicas, pero también es preciso reconocer que las distintas razas de animales tienen distintas susceptibilidades para presentar uno u otro defecto congénito. En el caso de estos tres individuos aún se está buscando la posible

etiología de la tetra amelia, teniendo como principal sospecha la consanguinidad del hato.

### Bibliografía:

Pablo Ugarte Velarde. Malformaciones Congénitas Músculo Esquelético. Shyam Sundar Mina, Sugandha Arya, Kaifi Siddiqui, Meetu Salhan, Deepika Mina. Tetra-Amelia síndrome with congenital diaphragmatic hernia a rare entity. Amelia Posterior total, Patología veterinaria casos patológicos. Perú.

Categoría del resumen:

**Patología Posmortem. Clave: PPM1**

Título:

**Miocarditis por Aspergillus.**

Autor o autores:

**Dr. Fernando Romero Simon, Dra. Erika Karina Pérez Torres, Dr. Cesar Iván Peña Ruelas, Dra. Julia Oliva de Leija Portilla, Dra. María Fernanda Cárdenas de Luna**

Institución o instituciones:

**UMAE Hospital de Especialidades N° 25 del IMSS. Monterrey, Nuevo León.**

Autor que presentará el trabajo:

**Dr. Fernando Romero Simon**

### Introducción y Objetivos:

La afección cardíaca por hongos se observa en el 10% de los pacientes con endocarditis, y en este grupo, Aspergillus es el agente causal en 24% de los casos. La miocarditis por Aspergillus es notablemente infrecuente, con 40 casos reportados en la literatura. El primer caso fue reportado por Welsh et al en 1955.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 40 años quien inició su padecimiento tres meses previos a su desenlace con cuadros diarreicos, diaforesis nocturna, astenia, adinamia y pérdida de peso. Los estudios de laboratorio mostraron leucopenia (2.0 k/UL,

linfocitos 78.6%, neutrófilos 4.1%), anemia (Hg 7.0 g/ dL) y trombocitopenia (13.8 K/UL); el aspirado de médula ósea y la citometría de flujo mostraron datos de leucemia linfoblástica aguda tipo B. Durante su hospitalización se inició inducción con Hyper-CVAD y quimioterapia con vincristina, presentó evolución tórpida con CID asociada a asparaginasa, neutropenia febril y neumonía intrahospitalaria. La tele de tórax y la tomografía mostraron imágenes compatibles con cavernas; el estudio de galactomanano fue negativo; el cultivo de secreciones bronquiales mostró Klebsiella.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Se realizó necropsia parcial de tórax que destacó pulmones con superficie despulida y soluciones de continuidad; al corte se identificaron pequeños nódulos y algunas cavernas distribuidos difusamente y en forma bilateral. El pericardio se observó abombado por material hemático secundario a solución de continuidad en la cara posterior de la aurícula izquierda; a la apertura de cavidades cardíacas se identificó un nódulo adherido al endocardio que disecaba el músculo cardíaco. El examen microscópico de pulmón y corazón evidenció la presencia de reacción inflamatoria crónica granulomatosa con áreas de necrosis licuefactiva y estructuras micóticas de Aspergillus sp, los cuales mostraron realce en las tinciones PAS y Grocott.

### Discusión y Conclusiones:

El diagnóstico de la aspergilosis cardíaca es complicado debido a que los síntomas son inespecíficos, solo el 18% de los casos son diagnosticados ante-mortem. Los estudios no invasivos como el hemocultivo generalmente son negativos; mientras la enzima galactomanano que detecta un componente polisacárido de la pared celular del Aspergillus, tiene una sensibilidad aproximada del 80%. La administración temprana de la terapia antifúngica adecuada

y la rápida intervención quirúrgica son fundamentales para incrementar las posibilidades de supervivencia.

### Bibliografía:

Sulik-Tyszka B, et al. Aspergillosis of the Heart and Lung and Review of Published Reports on Fungal Endocarditis. *Mycopathologia* 2016;181:583-588. -Bullis S, et al. Aspergillosis myocarditis in the immunocompromised host. *ID Cases* 2019;17:1-4.

Categoría del resumen:

**Patología Posmortem. Clave: PPM2**

Título:

**Hallazgos histopatológicos en autopsia de una paciente con Síndrome Antisintetasa.**

Autor o autores:

**Dra. Valeria Caballero Malacara, Dr. Luis Ángel Ceceñas Falcón, Dr. Edwards Rodríguez Hinojosa, Dr. Juan Pablo Flores Gutiérrez**

Institución o instituciones:

**Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León**

Autor que presentará el trabajo:

**Dra. Valeria Caballero Malacara**

### Introducción y Objetivos:

El síndrome antisintetasa es una condición autoinmune severa, que se encuentra dentro de la clasificación de miopatías inflamatorias autoinmunes; se define como la presencia de anticuerpos anti-aminoacyl-transferasa sintetasa, además de presentar miositis, enfermedad intersticial pulmonar, manos de mecánico, fiebre, fenómeno de Raynaud y artritis no erosiva.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Femenina de 36 años, con diagnóstico de artritis reumatoide de 2 años de evolución, quien inició su padecimiento 7 meses previos a su ingreso al

presentar en múltiples ocasiones fiebre, tratada con antibioticoterapia para neumonía, sin mejoría completa. A la exploración física la paciente presentaba fiebre, sinovitis en ambas rodillas, fenómeno de Raynaud y manos de mecánico; por lo que reumatología inició abordaje, solicitó panel de miopatías resultando positivo para antígenos RO-52 y EJ integrándose síndrome antisintetasa. Durante su internamiento la paciente cursó con hipoxemia y requerimientos altos de oxígeno, presentando datos sugestivos de tromboembolismo pulmonar, se inició manejo sin presentar mejoría, fallece y se realizó autopsia médica.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Los hallazgos encontrados en ambos pulmones fueron áreas macroscópicas de consolidación y en los cortes histológicos se observó engrosamiento del intersticio con depósito de colágena, vasos capilares de neoformación e infiltrado linfoplasmocitario; así como datos de hipertensión pulmonar grado 3. En los espacios alveolares se observaron focos de neumonía organizada con daño alveolar difuso. En la biopsia de músculo, se observó infiltrado linfoplasmocitario a nivel del endomisio y perimisio, con necrosis de miofibrillas. En la biopsia de médula ósea se observó incremento en su celularidad con plasmocitosis.

### Discusión y Conclusiones:

La enfermedad pulmonar intersticial es la manifestación extramuscular más frecuente, es el órgano que presenta una afectación más severa, lo que provoca una mortalidad a 5 años del 45%. El patrón de afectación pulmonar más frecuente es la neumonía intersticial usual, la cual no responde a terapia inmunosupresiva.

### Bibliografía:

Soumya, Chatterjee (2013); Antisynthetase syndrome: Not just an inflammatory myopathy. *Cleveland clinic journal of medicine*.

Gasparotto, Michela (2019); Pulmonary involvement in antisynthetase syndrome. Current opinion rheumatology.

Categoría del resumen:

**Patología Posmortem. Clave: PPM3**

Título:

**Un caso de Coccidioidomicosis diseminada a Sistema Nervioso Central.**

Autor o autores:

**Ana Isabel Velázquez Zamarripa, Juan Antonio Moreno Martínez**

Institución o instituciones:

**Hospital General de Durango 450.**

Autor que presentará el trabajo:

**Juan Antonio Moreno Martínez**

### Introducción y Objetivos:

La coccidioidomicosis, micosis endémica, producida por dos hongos dimórficos: *Coccidioides immitis* y *Coccidioides posadasii*. Las zonas endémicas están en áreas semidesérticas con poca precipitación fluvial. La principal vía de entrada es la respiratoria 98%; en la forma diseminada ocurre en una proporción baja (1-2%), a partir de un cuadro primario, y ocurre por vía linfática o hematogena. La diseminación a Sistema Nervioso Central ocurre cuando las esférulas migran hacia las meninges y/o al tejido cerebral. Presentar un caso de coccidioidomicosis diseminada a sistema nervioso central.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 29 años con esquizofrenia y crisis convulsivas. Presenta fiebre, cefalea, vómito en proyectil, somnoliento. La TAC de cráneo evidencia hidrocefalia no comunicante. Su citoquímico de LCR con hiperproteinorraquia e hipogluorraquia, negativos a tinción Ziehl Neelsen y tinta china. Neuroinfección tratada con antibiótico, anticomicial y colocación válvula de derivación ventriculoperitoneal y alta

hospitalaria. Reingresa 10 días después por persistencia de síntomas y disfunción de válvula de derivación ventriculoperitoneal. Cultivos de LCR positivo para *S. coagulans* negativo y *A. Iwoffii* en tratamiento sin mejoría. Se realiza PCR para tuberculosis resultando negativa. Mantuvo una evolución tórpida, presenta paro cardiorrespiratorio 8 semanas después.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

Macroscópicamente al hacer la autopsia, se encontró un exudado verdoso de aspecto mucoide en la superficie ventral del cerebro, puente y cerebelo, donde en los cortes histológicos se encontró reacción crónica granulomatosa intensa con células gigantes multinucleadas tipo Langhans y de cuerpo extraño con abundantes formas esféricas que varían de tamaño de 20 a 50 micras, de pared reforzada basófila, algunas calcificadas. Se encontró el foco en tejido pulmonar de infección en el lóbulo superior pulmonar izquierdo donde se encontraron los mismos hallazgos y las estructuras redondas con tamaño que varían de 20 a 40 y acompañadas de forma bacilares en el parénquima. Se realizaron tinción de PAS y Grocott: Positiva en la pared celular de las estructuras esféricas.

### Discusión y Conclusiones:

Las complicaciones más frecuentes de la coccidioidomicosis del SNC son la hipertensión intracraneal con hidrocefalia, absceso cerebral, vasculitis, aracnoiditis espinal y formación de siringe. El aumento de la presión intracraneal con hidrocefalia son las más comunes. Se postula que el absceso cerebral puede ocurrir por diseminación directa de una lesión meníngea o diseminación hematogena directamente al parénquima cerebral. La coccidioidomicosis del SNC tiene predilección por la porción basilar del cerebro con meninges hiperémicas engrosadas también presenta endarteritis obliterante



con células inflamatorias a lo largo de las capas externas de arterias pequeñas y arteriolas con estrechamiento de la luz de los vasos y arteriolas ocluidas asociadas con necrosis focal y exudados inflamatorios e infartos en los ganglios basales, el tálamo y la sustancia blanca.

### Bibliografía:

Jackson, N. et al. Central Nervous System Infections due to coccidioidomycosis. *J. Fungi*, 2019,5,54. Simental-Lara F, Bonifaz A. Coccidioidomycosis en la Región Lagunera de Coahuila, México. *Dermatol Rev Mex* 2011;55(3):140-151.

Categoría del resumen:

**Patología Posmortem. Clave: PPM4**

Título:

**Osteítis fibrosa como manifestación excepcional de osteodistrofia renal. Informe de caso de autopsia.**

Autor o autores:

**Javier Alejandro Tecó Cortes, Saray Betsabe Santos Torres, Minerva Lazos Ochoa.**

Institución o instituciones:

**Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" y Facultad de Medicina U.N.A.M.**

Autor que presentará el trabajo:

**Javier Alejandro Tecó Cortes.**

### Introducción y Objetivos:

En la etapa terminal de la insuficiencia renal, se producen alteraciones en la regulación del calcio y fósforo, las cuales desencadenan diversos trastornos entre los que destaca la hiperplasia de paratiroides, y por ende, aumento de los niveles de hormona paratiroidea en la sangre; como consecuencia se producen alteraciones morfológicas y funcionales en diversos órganos; una de las menos frecuentemente observada es la osteítis fibrosa (OF). Se presenta un caso de autopsia con manifestaciones sistémicas secundarias a riñones en etapa terminal, entre las que destacan las alteraciones óseas.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Hombre de 30 años, con diagnóstico cuatro años antes de enfermedad renal crónica en etapa terminal, la que se trató con hemodiálisis. Una semana previa a su ingreso presentó edema de miembros inferiores ascendente; ingresó al hospital para recambio de catéter de hemodiálisis donde se agregó dificultad respiratoria y secreciones bronquiales purulentas y fétidas. Se realizó tomografía de tórax en la que se identificaron datos de proceso infeccioso a nivel pulmonar y "enfermedad osteoarticular degenerativa en columna torácica". Se mantuvo con cifras de hemoglobina bajas a pesar de transfusiones hemáticas, linfopenia que evolucionó a leucocitosis, uremia, hiperuricemia, hiperfosfatemia y normocalcemia. Su evolución fue tórpida y presentó paro cardiorrespiratorio irreversible.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

En la autopsia los riñones estaban disminuidos de tamaño (60 g. c/u), tenían un número normal de pirámides y numerosos quistes que medían en promedio 0.2 x 0.2 x 0.2 cm. Las glándulas paratiroides estaban aumentadas de tamaño. Los cuerpos vertebrales tenían aspecto poroso y color blanco grisáceo. El corazón tenía hipertrofia ventricular izquierda y los pulmones datos de consolidación. En el análisis microscópico los riñones eran terminales con enfermedad quística asociada a hemodiálisis. Las glándulas paratiroides mostraban hiperplasia difusa, además había calcificación distrófica en riñones, suprarrenales y pulmones. En los cuerpos vertebrales se estableció el diagnóstico de OF. También existían cambios secundarios a la nefropatía crónica terminal como neumonitis urémica, encefalopatía urémica, pancreatitis aguda, pleuritis y pericarditis adhesivas, y cardiopatía hipertensiva.

### Discusión y Conclusiones:

La enfermedad renal crónica en etapa terminal desencadena una serie de alteraciones en

el metabolismo mineral que puede provocar trastornos óseos que en conjunto se denominan osteodistrofia renal, en ésta se incluyen la OF, osteomalacia y trastornos mixtos. La OF se presenta en menos del 5% de los pacientes con hiperparatiroidismo, sobre todo en los que presentan la forma primaria de esta enfermedad. La OF predomina en mujeres mayores de 50 años; se caracteriza por fibrosis medular con sustitución de las series hematopoyéticas y marcado remodelamiento óseo con osteoesclerosis, secundarios a la activación de osteoclastos y células mesenquimatosas medulares.

Es importante reconocer esta entidad poco frecuente, ya que clínicamente puede ser confundida con tumores malignos de hueso y se asocia a fragilidad ósea, por ende, a fracturas patológicas de difícil tratamiento.

### Bibliografía:

Hruska KA, Teitelbaum SL. Renal osteodystrophy. *N Engl J Med* 1995;333(3):166-74. Chauhan V, Kelepouris E, Chauhan N, Vaid M. Current concepts and management strategies in chronic kidney disease-mineral and bone disorder. *South Med J* 2012;105(9):479-85.

Categoría del resumen:

**Patología Posmortem. Clave: PPM5**

Título:

**Amiloide LECT2 depositado en tejido de autopsias de pacientes mestizos mexicanos.**

Autor o autores:

**De la Cruz Jasso Mercedes Andrea, Uribe Uribe Norma Ofelia, Mejía Vilet Juan Manuel, Morales Buenrostro Luis Eduardo, del Toro Cisneros Noemi, Aguilar Leon Diana Elodia**

Institución o instituciones:

**Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubiran**

Autor que presentará el trabajo:

**De la Cruz Jasso Mercedes Andrea**

### Introducción y Objetivos:

La amilodosis suele tener como uno de los órganos blanco el riñón, en 2008 se describió el amiloide asociado a factor quimiotáctico de leucocitos 2 (LECT2) que suele afectar intersticio renal cortical. Hay pocos estudios en autopsias de este nuevo tipo de amiloide, en uno de ellos se informó hasta 75% de los casos ALECT2 positivos eran pacientes con ascendencia mexicana.

Objetivo: Conocer la frecuencia de amiloide LECT2 en autopsias de pacientes mestizos mexicanos, así como características histológicas y distribución orgánica.

### Material y Métodos o Resumen Clínico:

Estudio observacional, descriptivo de una serie de casos de autopsia seleccionadas por tener diagnóstico de amiloidosis, en el periodo de enero de 1992 a diciembre de 2018, todos los casos fueron revisados nuevamente y se realizaron: rojo Congo y LECT2 por inmunohistoquímica.

### Resultados y/o Resumen Histopatológico:

De 782 autopsias, se identificaron 21 con amiloidosis y de estas 13 fueron ALECT2, 7 hombres y 6 mujeres con edad promedio de 66.3 años. Se identificó afección predominantemente en glándula suprarrenal (92.3%), el riñón se ubicó en la tercera posición de frecuencia. El patrón globular en espacio porta, sinusoides y alrededor de la vena central en el hígado fue una constante observada. El riñón mostró principalmente depósito intersticial cortical en cantidad variable.

### Discusión y Conclusiones:

La amiloidosis LECT2 descrita recientemente suele afectar pacientes de origen mexicano. Mediante inmunohistoquímica identificamos 13 casos ALECT2 que representa el 62% de los casos con amiloidosis, que representa el 1.6%

de total de autopsias, ésta cifra es menor comparada con el estudio que describe amiloide en autopsias que reportó 3.1%; sin embargo, éste último parece tratarse de autopsias

medico-legales. El órgano más afectado en nuestra serie fue la glándula suprarrenal a diferencia de lo reportado en la literatura donde la afección renal parece ser la predominante.

### **Conclusión:**

Cada vez existe mayor interés por amiloidosis LECT2 debido a que se ha convertido en uno de

los amiloides identificados con mayor frecuencia y que clínicamente puede cursar asintomático, siendo muchas veces un hallazgo en la biopsia renal y en material de autopsias.

### **Bibliografía:**

Benson MD, James S, Scott K, et al. Leukocyte chemotactic factor 2: A novel renal amyloid protein. *Kidney international* 2008; 74: 218-222, Larsen CP, Beggs ML, Wilson JD et al. Prevalance and organ distribution of leukocyte chemotactic factor 2 amyloidosis (ALECT2) among decedents in New Mexico.