



**Programa de
Aseguramiento de
la Calidad de
Patología Anatómica.**

Patología quirúrgica

**Laboratorio
200102 | Clinica del occidente**

QAP-PAT-PQ | Patología quirúrgica

Institución: Clinica del occidente

N° Laboratorio: 200102

Reportado por el patólogo: Alejandro Romero

Código del patólogo: CDO-005

País: Colombia

Ciudad: Cali Valle del Cauca

Dirección: N/A

Teléfono: 3187751642

Email: jessica.ramirez@clinicadeoccidente.com

Tercer envío: Código C.Lote_0508000

Fecha de envío: 2024-05-22

Fecha de emisión: 2024-05-22

Estado de reporte: Final

*Nuestro proveedor certificado de las muestras de los programas de ensayos de aptitud QAPPAT, garantiza que los materiales utilizados durante la producción se obtienen conforme a requisitos éticos y reglamentarios declarados en términos de estabilidad, trazabilidad y relevancia médica.

El presente informe es generado por Quik SAS, y ninguna actividad relacionada con su producción es subcontratada.

La información contenida en este reporte es confidencial y su divulgación se realiza únicamente al participante interesado, o a la autoridad competente en caso de ser requerido, con autorización expresa del mismo.

Descripción del reto

Tercer envío | Código C.Lote_0508000

Caso clínico 1 PQ-23270-1	p. 4
Caso clínico 2 PQ-23271-1	p. 5
Caso clínico 3 PQ-23180-1	p. 6
Caso clínico 4 PQ-23268-1	p. 7

Evaluación diagnóstica Caso clínico 1
PQ-23270-1

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Pólipo cloacogénico inflamatorio	Pólipo juvenil esporádico
No Concordante	

Consenso de valoraciones			
Pólipo de Peutz ? Jeghers	Pólipo adenomatoso tubulovelloso sin displasia de alto grado	Pólipo juvenil esporádico	Pólipo cloacogénico inflamatorio
0 (0%)	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)

Observaciones

Se observa un pólipo constituido por glándulas irregulares, algunas dilatadas, sin atipia ni displasia. La lámina propia es edematosa con inflamación aguda y crónica. Los hallazgos descritos en conjunto con la edad y localización favorecen un pólipo juvenil esporádico (también llamado pólipo de retención juvenil). Este es el tipo de pólipo colorrectal más frecuentemente encontrado en niños y adolescentes, es considerado un pólipo hamartomatoso. La mayoría son esporádicos, pero cuando se identifican más de 5 pólipos de este tipo en el colon y recto, pólipos en otros sitios del tracto gastrointestinal o cualquier número de pólipos en una persona con antecedentes familiares de poliposis juvenil, se puede sugerir esta última entidad. Estos pólipos también pueden desarrollar displasia.

Los pólipos cloacogénicos tienen usualmente un patrón tubulovelloso y frecuentemente están tapizados focalmente por epitelio escamoso, el estroma es fibromuscular y están asociados a prolapso. La ausencia de otros pólipos y manifestaciones clínicas típicas del Síndrome de Peutz ? Jeghers lo hacen poco probable como diagnóstico. Sin embargo, se han reportado algunos casos esporádicos (un solo pólipo). Estos pólipos muestran un patrón arborescente con haces ramificados de músculo liso que disecan la lámina propia.

Referencias

1. Montgomery, E. A., y Voltaggio, L. (2012). Biopsy interpretation of the gastrointestinal tract mucosa: Second edition. Wolters Kluwer Health Adis (ESP).
2. Joel Greenson (2015). Diagnostic Pathology: Gastrointestinal 2nd Edition. Elsevier

Evaluación diagnóstica Caso clínico 2
PQ-23271-1

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Fibroadenoma	Fibroadenoma Tumor phyllodes benigno
Concordante	

Consenso de valoraciones				
Fibroadenoma	Carcinoma fusocelular	Tumor phyllodes benigno	Fibromatosis	Tumor phyllodes maligno
1 (20%)	0 (0%)	4 (80%)	0 (0%)	0 (0%)

Observaciones

Se observa una neoplasia fibroepitelial, bien circunscrita, con un estroma celular, con formación de hendiduras y aumento de la densidad subepitelial. La estroma es fusiforme, con atipia leve y un recuento de mitosis de 1 en 10 campos de mayor aumento. No se observa atipia severa, necrosis o índice de mitosis elevados. Los hallazgos morfológicos están a favor de un tumor phyllodes benigno.

El principal diagnóstico diferencial de esta lesión es el fibroadenoma con estroma celular. Este último muestra una distribución uniforme de los componentes glandulares y estromales sin sobrecrecimiento estromal. El sobrecrecimiento estromal se define como áreas de estroma que carecen de componente epitelial, al menos en un campo de alto poder. Es importante tener en cuenta que las áreas de baja celularidad y zonas de hialinización no son consideradas sobrecrecimiento. La atipia citológica y actividad mitótica también es mínima.

La diferenciación entre tumor phyllodes benigno y grados mayores es importante debido al riesgo de recurrencias y en el caso de los malignos, a las metástasis. La escasa actividad mitótica, patrón no infiltrativo y leve atipia citológica excluyen un tumor phyllodes maligno y un carcinoma fusocelular. La fibromatosis es excluida debido a que esta no tiene asociado ningún componente epitelial.

Referencias

- 1.WHO Classification of Tumours Editorial Board., International Agency for Research on Cancer., World Health Organization. WHO classification of tumours. Breast Tumours. 356 p.
- 2.Yasir S, Gamez R, Jenkins S, Visscher DW, Nassar A. Significant histolog

Evaluación diagnóstica Caso clínico 3
PQ-23180-1

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Adenoma folicular	Carcinoma medular
No Concordante	

Consenso de valoraciones			
Carcinoma papilar	Carcinoma pobremente diferenciado	Carcinoma medular	Adenoma folicular
0 (0%)	0 (0%)	4 (80%)	1 (20%)

Observaciones

Se observa una neoplasia formada por células redondas a ovaladas, algunas plasmocitoides. Los núcleos son redondos y la cromatina tiene aspecto en "sal y pimienta". Las células se disponen en láminas y nidos separados por estroma fibrovascular hialinizado y amiloide. Focalmente se observan pseudoinclusiones nucleares. No hay marcado pleomorfismo y la actividad mitótica no es significativa. En este caso se realizó estudio de inmunohistoquímica con calcitonina tanto en el tejido como en una de las láminas de citología extrahistológicas, el cual fue positivo en las células neoplásicas. El diagnóstico es carcinoma medular. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran los carcinomas papilares, ambos pueden compartir aspectos como la arquitectura y pseudoinclusiones, pero el carcinoma medular carece de las otras características nucleares del carcinoma papilar como aclaramiento, sobreposición y hendiduras. El carcinoma pobremente diferenciado es un diagnóstico importante a tener en cuenta debido a que los patrones de crecimiento pueden ser similares, pero este carece de cromatina granular ("sal y pimienta"), muestra aumento de la actividad mitótica (más de 3 mitosis en 10 campos de alto poder) y necrosis. En estos casos la inmunohistoquímica puede ser útil, siendo el carcinoma medular positivo para calcitonina y marcadores neuroendocrinos, y negativo para tiroglobulina. Se excluye adenoma folicular debido a la naturaleza infiltrativa de la presente neoplasia.

Referencias

1. Lloyd R V., Osamura RY, Kloppel G, Rosai J, World Health Organization., International Agency for Research on Cancer. WHO classification of tumours of endocrine organs [Internet]. [cited 2019 Apr 11]. 355 p. Available from: <http://publications.iarc.fr/>

Evaluación diagnóstica Caso clínico 4
PQ-23268-1

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Carcinoma intraductal	Neoplasia intraepitelial prostática de alto grado (PIN) Carcinoma intraductal
Concordante	

Consenso de valoraciones			
Neoplasia intraepitelial prostática de alto grado (PIN)	Adenocarcinoma ductal	Hiperplasia prostática benigna	Carcinoma intraductal
0 (0%)	2 (40%)	0 (0%)	3 (60%)

Observaciones

Se observa una extensa proliferación de células de células muy atípicas dentro de ductos prostáticos, llenando y expandiendo sus luces. Las células basales se observan prominentes en la periferia de los ductos. Un estudio de inmunohistoquímica con citoqueratinas de alto peso molecular resaltó la presencia continua de células basales. El diagnóstico es carcinoma intraductal. En otros cortes del espécimen se encontró adenocarcinoma acinar Gleason 4 más 5.

Los criterios diagnósticos para carcinoma intraductal son: 1.) presencia de arquitectura sólida o cribiforme que llene del 50 al 70 por ciento de los ductos nativos 2.) atipia celular marcada, pleomorfismo y nucleomegalia (más de 6 veces el tamaño de un núcleo normal) y 3.) comedonecrosis no focal. La presencia de alguno de estos criterios permite hacer el diagnóstico. La inmunohistoquímica también puede ayudar resaltando la presencia de células basales, las cuales deben estar de forma no interrumpida alrededor del ducto, pero no es indispensable para el diagnóstico.

El principal diagnóstico diferencial es la neoplasia intraepitelial prostática de alto grado (PIN), en esta la atipia no es tan severa, no hay necrosis y usualmente la capa de células basales suele ser discontinua, si este último hallazgo es difícil de detectar en tinciones de rutina (HyE) la inmunohistoquímica con citoqueratinas de alto peso molecular y p63 puede ser útil.

El adenocarcinoma ductal es otro diagnóstico para tener en cuenta, este tumor por lo general presenta un patrón infiltrativo y no colonizante, además las células suelen tener núcleos más pseudoestratificados y las células basales no son visibles por HyE o inmunohistoquímica.

El diagnóstico de carcinoma intraductal es muy importante, especialmente en biopsias, debido a que en la mayoría de los casos está asociado a un adenocarcinoma acinar de alto grado concomitante, mayor estadio patológico y alta tasa de extensión extraprostática.

Referencias

1. Robinson B, Magi-Galluzzi C, Zhou M. Intraductal carcinoma of the prostate. Arch Pathol Lab Med [Internet]. 2012 Apr [cited 2020 Aug 24];136(4):418-25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22458904/>
2. Zhou M. High-grade prostatic intraepi

Comentarios del intento

No hay observaciones para este intento.

- Final del reporte -
Página 8 de 8

Valentina Pérez
no

Aprobado por:
Anna Valentina Pérez Porras. Medical Science Liaison
Programas QAP PAT