



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

Patología quirúrgica

**Laboratorio
200108 | Red Centro Oriente**

QAP-PAT-PQ | Patología quirúrgica

Institución: Red Centro Oriente

N° Laboratorio: 200108

Reportado por el patólogo: Gloria Constanza Franco Gonzalez

Código del patólogo: RCO-002

País: Colombia

Ciudad: Bogotá Distrito Capital

Dirección: Cra. 14b #1-45 sur,

Teléfono: 3108658621

Email: apoyodiagterapeutico@subredcentrooriente.gov.co

Primer envío: Código A.Lote_0508000

Fecha de envío: 2024-08-14

Fecha de emisión: 2024-08-14

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

Primer envío | Código A.Lote_0508000

| | |
|--------------------------------|------|
| Caso clínico 1 PQ-219-1 | p. 4 |
| Caso clínico 2 PQ-2131-1 | p. 5 |
| Caso clínico 3 PQ-2132-1 | p. 6 |
| Caso clínico 4 PQ-2133-1 | p. 7 |

Evaluación diagnóstica Caso clínico 1
PQ-219-1

| Diagnóstico | |
|----------------------|--------------------------------|
| Su respuesta | Respuesta referenciada |
| Lipoma intramuscular | Lipoma Lipoma intramuscular |
| Concordante | |

| Consenso de valoraciones | | | |
|--------------------------|-------------|----------------------|--------------------------|
| Lipoma | Angiolipoma | Lipoma intramuscular | Tumor lipomatoso atípico |
| 0 (0%) | 0 (0%) | 7 (87.5%) | 1 (12.5%) |

Observaciones

Los lipomas intramusculares son lesiones mesenquimales benignas relativamente infrecuentes, constituyen cerca del 1.8% de los tumores primarios de tejido adiposo y menos del 1% de los lipomas. Debido a su gran tamaño, localización profunda, y crecimiento infiltrante son de dificultad diagnóstica tanto para los clínicos como para los patólogos. Ocurren principalmente en adultos entre los 30-60 años con predilección masculina, y compromiso de músculos grandes de las extremidades, especialmente muslo, hombro y parte superior del brazo. La mayoría tienen un crecimiento lento, no dolorosa apareciendo sólo durante la contracción muscular. Los tumores son radiolúcidos y pueden encontrarse de forma incidental en exámenes radiológicos de rutina.

Histológicamente se observan adipocitos infiltrando difusamente el musculo. Las fibras musculares atrapadas usualmente muestran pocos cambios hasta diferentes grados de atrofia muscular. Característicamente, los adipocitos son maduros, sin presencia de lipoblastos o células con núcleos atípicos como se observan en los tumores lipomatosos atípicos (liposarcomas bien diferenciados). Adicionalmente en los tumores lipomatoso atípicos se pueden observar septos fibrosos gruesos asociado presencia de células inflamatorias y áreas mixoides. Sin embargo, se debe realizar un exhaustivo muestreo del tumor debido a la dificultad para distinguirlo de esta lesión. Adicionalmente es posible realizar estudios de FISH o inmunohistoquímica que demuestran la ausencia de amplificación del MDM2 en los lipomas intramusculares y presencia de amplificación en los tumores lipomatosos atípicos (liposarcomas bien diferenciados). La lipoblastomatosis difusa y lipoblastomatosis, ocurren principalmente en infantes y niños, en la subcutis y músculo, estas lesiones tienen a ser más lobuladas que los lipomas intramusculares, en ocasiones sin embargo estas lesiones tienden a ser indistinguibles. En algunas ocasiones las malformaciones vasculares intramusculares pueden estar acompañadas por grasa simulando la imagen de un lipoma intramuscular, en tales casos se puede malinterpretar como un angiolipoma.

El pronóstico de estos tumores es excelente cuando es completamente removido. En general, la tasa de recurrencia varía entre 3% hasta un 62.5% dependiendo de la completa escisión de la lesión.

Referencias

1. Goldblum J.R, Folpe A.L, Weiss S.W. Benign Cap 13. Benign Lipomatous Tumors. Enzinger y Weiss's Soft Tissue Tumors. 7th Edition. Philadelphia : Elsevier; 2020. p 476-519.
2. D'Alfonso TM, Shin SJ. Intramuscular lipoma arising within the pectoralis major

Evaluación diagnóstica Caso clínico 2
PQ-2131-1

| Diagnóstico | |
|--|--|
| Su respuesta | Respuesta referenciada |
| Cirrosis asociada a glóbulos de alfa-1-antitripsina (déficit de alfa-1-antitripsina) | Cirrosis asociada a glóbulos de alfa-1-antitripsina (déficit de alfa-1-antitripsina) |
| Concordante | |

| Consenso de valoraciones | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Cirrosis asociada a glóbulos de alfa-1-antitripsina (déficit de alfa-1-antitripsina) | Cirrosis por hemocromatosis | Cirrosis por enfermedad de Wilson | Cirrosis por Virus de la hepatitis C |
| 6 (75%) | 0 (0%) | 1 (12.5%) | 1 (12.5%) |

Observaciones

Se observa una alteración de la arquitectura en estadio de cirrosis. Se observa en algunos hepatocitos periseptales glóbulos hialinos intracitoplasmáticos de distinto tamaño que muestran positividad con PAS-diafastasa. La paciente es portadora de PIZZ con expresión pulmonar y hepática. En adultos la enfermedad hepática puede desarrollarse a partir de la sexta década. En algunos pacientes coexisten otras patologías hepáticas como consumo de bebidas alcohólicas, VHC.

Referencias

No hay referencias para el presente caso clínico

Evaluación diagnóstica Caso clínico 3
PQ-2132-1

| Diagnóstico | |
|--|---|
| Su respuesta | Respuesta referenciada |
| Colitis aguda con cambios de cronicidad de más probable etiología infecciosa | Colitis aguda severa asociada a enfermedad diverticular |
| No Concordante | |

| Consenso de valoraciones | | | |
|---------------------------------|--|---|--|
| Colitis aguda infecciosa | Enfermedad inflamatoria intestinal de tipo colitis ulcerativa activa | Colitis aguda severa asociada a enfermedad diverticular | Colitis aguda con cambios de cronicidad de más probable etiología infecciosa |
| 0 (0%) | 2 (25%) | 3 (37.5%) | 3 (37.5%) |

Observaciones

Los pacientes con enfermedad diverticular pueden desarrollar una forma de colitis crónica que se limita a áreas de diverticulosis, pero comparte muchas características clínicas e histológicas con la Enfermedad inflamatoria intestinal. El compromiso es en el colon izquierdo, pueden quejarse de dolor en cuadrante abdominal izquierdo agudo, a diferencia de la EII, los pacientes no suelen presentar diarrea ni sangrado. Las biopsias muestran distorsión arquitectónica criptas irregulares en forma, orientación y acortamiento de las criptas, es frecuente la criptitis aguda, abscesos crípticos e inflamación difusa de la mucosa con linfocitos, plasmocitos y eosinófilos muy semejante a lo observado en enfermedad inflamatoria intestinal, agregados linfoides basales, fibrosis y granulomas que simulan la enfermedad de Crohn o cambios contiguos difusos que recuerdan colitis ulcerativa Biopsias del recto, por definición, son normales. Los principales diagnósticos diferenciales incluyen Enfermedad inflamatoria intestinal y colitis infecciosas. Claves diagnósticas: - Historia clínica de diverticulosis y endoscopia - Agregados linfoides basales e infiltrado linfoplasmocitario con eosinófilos - Colitis segmentaria

Referencias

1. Zhao L, Hart J. Histologic mimics of inflammatory bowel disease. Semin Diagn Pathol. 2014 Mar;31(2):137-51
2. Lamps LW, Knapple WL. Diverticular disease-associated segmental colitis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007 Jan;5(1):27-31.
3. Choi EK, Appelman

Evaluación diagnóstica Caso clínico 4
PQ-2133-1

| Diagnóstico | |
|--|--|
| Su respuesta | Respuesta referenciada |
| Mastitis granulomatosa quística neutrofílica | Mastitis granulomatosa quística neutrofílica |
| Concordante | |

| Consenso de valoraciones | | | |
|--------------------------------------|--|----------------|----------------------|
| Carcinoma ductal de tipo no especial | Mastitis granulomatosa quística neutrofílica | Necrosis grasa | Mastitis Tuberculosa |
| 0 (0%) | 8 (100%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

Observaciones

La mastitis granulomatosa quística neutrofílica es un subtipo infrecuente de mastitis granulomatosa, da cuenta de menos 1% de los especímenes, la edad media de presentación es de 35 años, usualmente es unilateral, cerca del 8.5% de las pacientes tienen enfermedad bilateral, se presentan como una masa mamaria con o sin inversión del pezón, pueden presentar dolor, secreción por el pezón, eritema y absceso.

El patrón histológico es característico con presencia de lipogranulomas constituidos por vacuolas lipídicas centrales bordeadas por neutrófilos y un manguito externo de histiocitos epitelioides. Algunas de las vacuolas lipídicas pueden contener bacilos gram positivos dispersos. El infiltrado inflamatorio circundante es mixto con presencia de células gigantes de tipo Langhans, linfocitos y neutrófilos. La definición de esta entidad todavía está evolucionando y no hay criterios diagnósticos universalmente aceptados. Aunque la literatura sugiere una fuerte asociación con especies de *Corynebacterium*, la evidencia de esta infección puede ser difícil de probar. En ausencia evidencia histoquímica y/o microbiológica de corynebacterias, esta entidad puede sobreponerse clínica, radiológica y patológicamente con otras condiciones inflamatorias o neoplásicas, incluyendo carcinomas infiltrantes.

Una vez descartado un proceso maligno por histología, es necesario descartar otras causas infecciosas, incluyendo bacterias, hongos, o parásitos. Las infecciones bacterianas son más prevalentes y pueden ser polimicrobianas, aunque se ha identificado a bacterias del género *Pseudomonas* como el germen más frecuente. En áreas endémicas es necesario descartar una mastitis por tuberculosis, esta usualmente se presenta entre los 20-40 años de edad, como una masa, con ulceración, dolor o absceso, sin síntomas sistémicos o pulmonares, y en la histológica es posible encontrar granulomas necrotizantes o no necrotizantes constituidos por histiocitos epitelioides, células gigantes de tipo Langhans, eosinófilos, linfocitos y células plasmáticas afectando predominantemente los ductos más que los lóbulos; para su diagnóstico se requiere la realización de coloraciones con Ziehl-Neelsen, cultivos o detección molecular.

Los abscesos subareolares por su parte son consecuencia de la obstrucción por queratina de los ductos lactíferos (metaplasia escamosa de ductos lactíferos), los ductos pueden romperse resultando en una reacción inflamatoria contra la queratina, en fases agudas se observa un absceso con un infiltrado mixto con predominio neutrofílico, en fases de resolución células inflamatorias crónicas, y reacción de células gigantes tipo cuerpo extraño en respuesta a la queratina. En estos casos es frecuente encontrar presencia de gérmenes anaerobios.

Por otro lado, los granulomas a cuerpo extraño debidos a presencia de silicona o sutura y la necrosis grasa debido a trauma, pueden tener similitud histológica con la mastitis granulomatosa quística neutrofílica, ya que estas dos entidades pueden mostrar estructuras que simulan vacuolas lipídicas. Sin embargo, la historia clínica y un cuidadoso examen de las vacuolas pueden ayudar a establecer el diagnóstico correcto.

Aunque poco frecuentes se han reportado reacciones granulomatosas a enfermedades autoinmunes tales como granulomatosis con poliangeitis y artritis reumatoide, las cuales usualmente presentan manifestaciones sistémicas asociadas a presencia de anticuerpos, e histológicamente se observan como granulomas necrotizantes.

Por último, el diagnóstico diferencial de cualquier proceso granulomatoso es la sarcoidosis, menos del 1% de los casos tienen compromiso mamario y tienen evidencia de enfermedad sistémica. En la histología se manifiestan como granulomas no necrotizantes desnudos.

Referencias

1. Wu JM, Turashvili G. Cystic neutrophilic granulomatous mastitis: an update. J Clin Pathol. 2020;73(8):445-453. doi:10.1136/jclinpath-2019-206180
2. ohnstone KJ, Robson J, Cherian SG, Wan Sai Cheong J, Kerr K, Bligh JF. Cystic neutrophilic granulomatou

Comentarios del intento

No hay observaciones para este intento.

- Final del reporte -
Página 8 de 8

Valentina Pérez

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