



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

**Patología quirúrgica**

**Laboratorio  
200109 | Colcan**

## QAP-PAT-PQ | Patología quirúrgica

Institución: Colcan

N° Laboratorio: 200109

Reportado por el patólogo: Andrés Prieto

Código del patólogo: COLCAN-006

País: Colombia

Ciudad: Bogotá Distrito Capital

Dirección: Cl. 49 #13-60

Teléfono: 3112149509

Email: irene.moreno@laboratoriocolcan.com

Cuarto envío: Código D.Lote\_0508000

Fecha de envío: 2024-03-18

Fecha de emisión: 2024-03-18

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

### Cuarto envío | Código D.Lote\_0508000

Caso clínico 1 PQ-24269-1 .....	p. 4
Caso clínico 2 PQ-24186-1 .....	p. 5
Caso clínico 3 PQ-2417-1 .....	p. 6
Caso clínico 4 PQ-24267-1 .....	p. 7

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 1**  
**PQ-24269-1**

<b>Diagnóstico</b>	
<b>Su respuesta</b>	<b>Respuesta referenciada</b>
Linfoma plasmablástico	Linfoma plasmablástico Plasmocitoma anaplásico
<b>Concordante</b>	

<b>Consenso de valoraciones</b>			
Linfoma plasmablástico	Plasmocitoma anaplásico	Linfoma B difuso de célula grande con diferenciación plasmocítica	Linfoma B difuso de célula grande HHV8+
<b>2 (66.67%)</b>	1 (33.33%)	0 (0%)	0 (0%)

**Observaciones**

Se observa infiltración extensa y difusa de la pared colónica por células de apariencia linfoide, monótonas, exhiben citología plasmablástica e inmunoblástica, tienen núcleos redondos con nucleolos prominentes. Hay abundantes figuras mitóticas y apoptóticas. El estudio de hibridación in situ para virus de Epstein Barr fue positivo. El diagnóstico es linfoma plasmablástico.

Los linfomas plasmablásticos son raros, pero constituyen una de las neoplasias más frecuentes en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Se presentan más a menudo en mucosas, especialmente en cavidad oral, pero también pueden comprometer otros sitios y ganglios linfáticos con crecimiento rápido. El pronóstico es pobre, la mayoría de los pacientes mueren el primer año después del diagnóstico.

Estos tumores expresan marcadores de células plasmáticas (CD38, CD138) y tienen ausencia de marcadores Pan-B (CD20). El CD79a puede ser positivo en un 50 por ciento de los casos, generalmente con tinción débil. También es común la expresión de Myc y EMA. Los marcadores de centro germinal B pueden ser positivos en la mitad de los casos. La hibridación in situ para virus de Epstein Barr es positiva entre un 70 a 80 por ciento de los casos.

Dentro de los diagnósticos diferenciales están los linfomas B de célula grande inmunoblásticos, HHV8 y con diferenciación plasmablástica. La morfología puede ser muy similar, por lo tanto, es indispensable el inmunofenotipo. Este caso presentó CD20 negativo.

Un diagnóstico importante por excluir es el plasmocitoma anaplásico, este tumor puede tener una presentación clínica similar (localización anatómica) al igual que la morfología y el inmunofenotipo. En este caso los hallazgos descritos, la detección de Epstein Barr y la condición clínica del paciente favorecieron linfoma plasmablástico.

**Referencias**

1. Swerdlow SH, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues [Internet]. [cited 2019 Apr 10]. 585 p. Available from: <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report>

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 2**  
**PQ-24186-1**

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Quistes foliculares luteinizados y endometriosis	Quistes foliculares luteinizados y endometriosis
Concordante	

Consenso de valoraciones			
Tumor de células de la granulosa del adulto	Carcinoma endometrioide	Quistes foliculares luteinizados y endometriosis	Teratoma maduro y endometriosis
0 (0%)	0 (0%)	2 (66.67%)	1 (33.33%)

**Observaciones**

Se observa ovario con múltiples lesiones quísticas tapizadas por células de apariencia folicular luteinizadas, sin atipia. El estroma edematoso y se observan algunos focos de endometrioides con sangrado antiguo. El diagnóstico son quistes foliculares luteinizados del embarazo y endometriosis quística.

Los quistes luteinizados foliculares asociados al embarazo son condiciones comunes. Sin embargo, es poco frecuente observar casos con presencia de múltiples quistes gigantes que simulan tumor ovárico. Su etiología se ha asociado a estímulo hormonal masivo, ovarios poliquísticos y embarazos múltiples, siendo necesaria su extirpación debido al riesgo de ruptura. Histológicamente la mayoría de los quistes muestran luteinización variable y pueden exhibir atipia citológica leve a moderada, sin otros criterios de malignidad como complejidad arquitectural ni infiltración. No son consideradas neoplasias. En este caso se encontraba asociado a endometriosis, pero no se ha hallado una relación entre ambas patologías.

El diagnóstico diferencial más importante en este caso, en cuanto a pronóstico, es el tumor de células de la granulosa del adulto quístico. Estos tumores suelen ser más celulares y tienen una mezcla de patrones histológicos, también es raro que presenten extensa luteinización. No se observó patrón destructivo ni glándulas típicas de carcinoma endometrioide.

**Referencias**

1. Aragao A. Large Multiloculated Luteinized Follicle Cyst of Pregnancy and Puerperium in a Patient with Bilateral Ovarian Cysts. Surg Case Reports [Internet]. 2019 Jun 18 [cited 2020 Aug 25];2019(3):1?3. Available from: [www.sciencerepository.org](http://www.sciencerepository.org)
2. Ten

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 3**  
**PQ-2417-1**

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Fibromatosis desmoide	Fibromatosis desmoide
Concordante	

Consenso de valoraciones				
Tumor fibroso solitario	Leiomiomasarcoma	Mesotelioma maligno, tipo sarcomatoide	Carcinoma sarcomatoide	Fibromatosis desmoide
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)

**Observaciones**

Se observa una neoplasia constituida por una proliferación de células fusiformes de apariencia fibroblástica/miofibroblástica, con mínima atipia, dispuestas en fascículos largos con abundante matriz colagenosa con áreas hialinizadas. No se observan áreas de necrosis. Los hallazgos morfológicos en conjunto con el inmunoperfil son los de un tumor desmoide.

El tumor desmoide / fibromatosis desmoide es una neoplasia miofibroblástica localmente agresiva, pero no metastatizante que tiene mutación del gen CTNNB. Generalmente afecta a adultos, sin predominancia sexual.

Las neoplasias fusocelulares en esta localización en la mayoría de los casos requieren estudios de inmunohistoquímica para una adecuada clasificación. Estos tumores suelen tener una tinción focal (en raras ocasiones difusa) con marcadores de músculo liso. Desmina y CD34 son generalmente negativos. Hasta el 75 por ciento de estos tumores presenta tinción nuclear con beta-catenina.

La ausencia de atipia, pleomorfismo nuclear y necrosis ayuda a distinguir de mesotelioma, carcinomas sarcomatoides y otros sarcomas. Además de la ausencia de tinción difusa de marcadores musculares (leiomiomasarcoma), epiteliales (carcinoma, sarcoma sinovial, mesotelioma) y mesoteliales (mesotelioma sarcomatoide). la disposición celular relativamente ordenada y la ausencia de STAT6 y CD34 también ayuda a diferenciar de tumor fibroso solitario.

**Referencias**

1. International Agency for Research on Cancer, Travis WD, Brambilla E, Burke A, Marx A, Nicholson AG. WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. 412 p.
2. Suster S, Moran C. Diagnostic pathology. Thoracic.

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 4**  
**PQ-24267-1**

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Meningioma Meningotelial (O.M.S grado I, 2016)	Meningioma (O.M.S grado II, 2016)
No Concordante	

Consenso de valoraciones			
Meningioma Meningotelial (O.M.S grado I, 2016)	Meningoangiomas	Carcinoma Metastásico	Meningioma (O.M.S grado II, 2016)
3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

**Observaciones**

Los meningiomas son las neoplasias más frecuentes en el sistema nervioso central (SNC) y los tumores extra-axiales más comunes. La histología de estos es variable, sin embargo, existen hallazgos claves como la formación de borlas, presencia de cuerpos de psammoma, y características citológicas como la presencia de aclaramiento nuclear y pseudoinclusiones. La mayor parte de los casos corresponden a meningiomas grado I en la clasificación de la O.M.S. Sin embargo, existen casos intermedios entre formas benignas y malignas, clasificados como meningiomas grado II, los cuales constituyen entre el 15-25 por ciento de los casos diagnosticados.

Para la clasificación de estos tumores se requiere la presencia de cualquiera de los tres criterios mayores:

1. Tasa mitótica mayor o igual a 4 mitosis en 10 campos de alto aumento
2. Invasión al parénquima cerebral
3. Al menos tres de los siguientes parámetros
  - a. Arquitectura en sabanas (sabanas bi-dimensionales con pérdida de remolinos y fascículos)
  - b. Formación de células pequeñas (grupos de células similares a linfocitos con una alta relación núcleo citoplasma)
  - c. Hiper celularidad
  - d. Nucleolos prominentes
  - e. Necrosis espontánea (ni inducida por embolización o radiación)

En el presente caso, se observan un criterio mayor (invasión al parénquima cerebral), así como un criterio menor (hiper celularidad). Por lo anterior, este caso se clasifica como un meningioma grado II en la clasificación de la O.M.S del 2016.

La infiltración cerebral por el meningioma se caracteriza por protrusiones irregulares en forma de lengua de células tumorales que infiltran en el parénquima subyacente, sin una capa intermedia de leptomeninges. Esto causa astrocitosis reactiva, con islas atrapadas de parénquima positivo a GFAP en la periferia del tumor. La extensión a lo largo de los espacios perivasculares de Virchow-Robin no constituye una invasión cerebral porque la pia no se rompe en esta forma de propagación.

A pesar de su nombre, la atipia nuclear por sí sola no es útil para la clasificación de estos tumores, ya que este hallazgo puede estar en relación con cambios degenerativos. Clínicamente los factores de riesgo para un meningioma atípico incluyen sexo masculino, localización diferente a la base del cráneo y cirugía previa. Los meningiomas atípicos se asocian con una alta tasa de recurrencia, aproximadamente un 40 por ciento a los 5 años posterior a resección completa, siendo superior en los casos de resección subtotal y con compromiso óseo. En estos casos los pacientes requieren un seguimiento radiológico cuidadoso; la realización de radioterapia complementaria es controversial y frecuentemente depende de otras variables tales

como la edad del paciente y extensión de la resección.

### Referencias

1. Giannini C, Paulus W, Louis D., Liberski P., Figarella-Branger D, Capper D. WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System, Revised. Fourth Edition. 4th Edition. (Louis D., Ohgaki H, Wiestler O., Cavenee W., eds.). Lyon: International Agen

### Comentarios del intento

No hay observaciones para este intento.

- Final del reporte -  
Página 8 de 8

*Valentina Pérez*  
MD

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