



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

Citología no ginecológica

**Laboratorio
200102 | Clinica del occidente**

QAP-PAT-CITNG | Citología no ginecológica

Institución: Clinica del occidente

N° Laboratorio: 200102

Reportado por el patólogo: Héctor Acosta

Código del patólogo: CDO-001

País: Colombia

Ciudad: Cali Valle del Cauca

Dirección: N/A

Teléfono: 3187751642

Email: jessica.ramirez@clinicadeoccidente.com

Cuarto envío: Código D1

Fecha de envío: 2024-07-24

Fecha de emisión: 2024-07-24

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 D1

Caso Clínico 1 CITNG-224	p. 4
Caso Clínico 2 CITNG-226	p. 6
Caso Clínico 3 CITNG-229	p. 7
Caso Clínico 4 CITNG-230	p. 9
Caso Clínico 5 CITNG-231	p. 11

**Evaluación diagnóstica Caso Clínico 1
 CITNG-224**

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Colangiocarcinoma	Carcinoma metastásico
No Concordante	

Consenso de valoraciones										
Insatisfac torio/no diagnosti co	Inflamato rio/absce so/granul omas	Neoplasi a benigna de origen hepatocel ular (adenom a hepático)	Neoplasi a benigna de origen biliar y otras	Carcinom a hepatocel ular	Colangio carcinom a	Neoplasi as hematol? ?gicas (linfoma, leucemia, otras)	Carcinom a metastá sico	Melanom a metastá sico	Carcinom a neuroend ocrino	Sarcoma
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Observaciones

El extendido muestra grupos de células epiteliales de morfología columnar con núcleos sobrepuestos, acigarrados e hiper cromáticos, algunas de ellas con vacuola citoplasmática, en un fondo hemorrágico con abundantes detritus celulares. El espécimen quirúrgico muestra parénquima hepático comprometido por una neoplasia epitelial maligna de patrón intestinal. Se realizó estudio de inmunohistoquímica el cual muestra reactividad para citoqueratina 20 y CDX2 y ausencia de expresión de citoqueratina 7. Los hallazgos morfológicos y de inmunofenotipo son los de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastásico compatible con origen colónico.

El hígado es un sitio común para metástasis, especialmente de tumores epiteliales malignos drenados por el sistema venoso portal (tracto gastrointestinal y páncreas). Otros sitios primarios comunes incluyen pulmón, glándula mamaria, riñón y melanoma. Los sarcomas, carcinomas sarcomatoides y linfomas también pueden comprometer el hígado. El ACAF de hígado tienen un papel importante en el diagnóstico de enfermedad metastásica. Los hallazgos radiológicos, serológicos y clínicos son importantes. La presencia de múltiples nódulos de diferentes tamaños sugiere metástasis. El sitio primario frecuentemente se conoce antes de la aspiración, sin embargo, ocasionalmente el sitio primario es desconocido y el patólogo juega un papel clave en determinarlo. La citomorfología de las células tumorales, la comparación con el material histológico original si esta disponible y la realización de estudios complementarios de inmunohistoquímica son claves para determinar el diagnóstico.

Los aspirados de adenocarcinomas de colon tienen abundante detritus necróticos. Las células son columnares o cuboidales, se disponen frecuente en grupos con arquitectura glandular, formando empalizadas. Los núcleos son hiper cromáticos acigarrados (alongados y alargados) con cromatina grumosa. En estudios de inmunohistoquímica son positivas para citoqueratina 20, CDX2 y CEA.

Referencias

No hay referencias para el presente caso clínico

Evaluación diagnóstica Caso Clínico 2
CITNG-226

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Adenocarcinoma, sin otra especificación	Neoplasia mucinosa
No Concordante	

Consenso de valoraciones														
Insatis	Elemen	Prolife	Neopl	Adeno	Adeno	Adeno	Adeno	Adeno	Leuce	Mesot	Melan	Carcin	Carcin	Sarco
factori	tos	ració	asia	Adeno	Adeno	Adeno	Adeno	Adeno	mia/lin	elioma	oma	oma	oma	ma
o/no	celular	n	mucin	carcin	carcin	carcin	carcin	carcin	foma/u		metast	escam	neuro	
diagno	es	mesot	osa	sin	favore	favore	favore	favore	otra		ásico	ocelul	endocr	
stico	benign	elial		otra	ce	ce	ce	ce	malign			ar	ino	
	os/rea	atipi		especi	primari	primari	primari	primari	idad			metast		
	ctivos	ca		ficaci?	o	o	o	o en	hemat			ásico		
				?n	pulmo	gineco	colóni	glánd	ológic					
					nar	lógico	co	ula	a					
								mama						
								ria						
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Observaciones

En los extendidos se observan sobre un fondo mucinoso, la presencia de ocasionales grupos de células epiteliales con núcleos sobrepuestos, ovoides, hiper cromáticos con pleomorfismo leve. Asociado hay presencia de abundantes células mesoteliales con cambios reactivos e histiocitos y células inflamatorias. En el bloque celular se identifican escasos fragmentos de epitelio glandular de aspecto intestinal con vacuolas citoplasmáticas. Se realizaron estudios de inmunohistoquímica al bloque celular, los cuales muestran reactividad de las células atípicas descritas para CDX2. Los hallazgos descritos corresponden a compromiso por neoplasia mucinosa. El estudio histológico mostro compromiso por neoplasia mucinosa de bajo grado. El paciente presentaba antecedente de neoplasia mucinosa de bajo grado apendicular con compromiso peritoneal.

Los líquidos con compromiso por neoplasias mucinosas muestran frecuentemente abundante material mucoide con fragmentos de epitelio glandular de apariencia benigna. Inclusive la presencia de abundante mucina es anormal en un liquido de cavidad y es sospechoso de compromiso por una neoplasia mucinosa aun en ausencia del componente glandular.

Referencias

No hay referencias para el presente caso clínico

**Evaluación diagnóstica Caso Clínico 3
 CITNG-229**

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Mesotelioma	Adenocarcinoma, sin otra especificación
No Concordante	

Consenso de valoraciones														
Insatis	Elemen	Prolife	Neopl	Adeno	Adeno	Adeno	Adeno	Adeno	Leuce	Mesot	Melan	Carcin	Carcin	Sarco
factori	tos	ració	asia	carcin	carcin	carcin	carcin	carcin	mia/lin	elioma	oma	oma	oma	ma
o/no	celular	n	mucin	oma,	oma	oma	oma	oma	foma/u		metast	escam	neuro	
diagno	es	mesot	osa	sin	favore	favore	favore	favore	otra		ásico	ocelul	endocr	
stico	benign	elial		otra	ce	ce	ce	ce	malign			ar	ino	
	os/rea	atipi		especi	primari	primari	primari	primari	idad			metast		
	ctivos	ca		ficaci?	o	o	o	o en	hemat			ásico		
				?n	pulmo	gineco	colóni	glánd	ológic					
					nar	lógico	co	ula	a					
								mama						
								ria						
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Observaciones

La preparación y el bloque celular muestran grupos de células neoplásicas dispuestas en papilas, con presencia de cuerpos de psammoma, entremezcladas con células mesoteliales de aspecto citológico benigno con cambios reactivos, neutrófilos y linfocitos en fondo hemorrágico. El estudio de inmunocitoquímica en el botón muestra reactividad en las células neoplásicas para PAX 8 y TTF1. Los hallazgos morfológicos de inmunofenotipo corresponden a compromiso por carcinoma que sumado a los antecedentes favorecen origen tiroideo.

La mayoría de paciente con malignidad en líquidos de cavidades (pleural, peritoneal, pericardio) tiene una neoplasia primaria documentada. Una buena forma de identificar células malignas en líquidos de cavidades es identificar primero células mesoteliales benignas. Apenas se identifiquen las células mesoteliales benignas, se busca si hay presencia de otra población celular, excluyendo células inflamatorias. Una excepción a esta regla es el mesotelioma, en el cual no hay una diferencia clara entre las células mesoteliales benignas y las malignas. Las células de un carcinoma metastásico frecuentemente, pero no siempre, son más grandes, pleomórficas e hiper cromáticas que las células mesoteliales. En algunos pocos casos pueden ser más pequeñas y uniformes en tamaño que las células mesoteliales. Asimismo, los carcinomas metastásicos tienden a formar grupos (por ejemplo: esférulas), aunque en algunos carcinomas predomina un patrón de células individuales sueltas. Característicamente los grupos de un carcinoma metastásico tienen bordes lisos/ comunitarios, mientras que los bordes de los grupos de mesotelioma tienen bordes con bultos similar a una ?mora?. En los bloques celulares, los grupos tumorales tienen a tener un artificio de retracción que hace que se forme un espacio en blanco alrededor de ellos. A nivel citológico el incremento de la relación núcleo citoplasma, la presencia de contornos nucleares irregulares, una cromatina grumosa y la presencia de macronúcleo, permite la distinción con una célula mesotelial benigna.

La presencia de derrame pleural por cáncer de tiroides no es frecuente (menos del 1 por ciento de pacientes con cáncer de tiroides), en la mayoría de los casos asociado a metástasis pulmonares.

Referencias

No hay referencias para el presente caso clínico

**Evaluación diagnóstica Caso Clínico 4
 CITNG-230**

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Sospechoso de neoplasia folicular	Nódulo folicular benigno/nódulo coloide/hiperplasia nodular
No Concordante	

Consenso de valoraciones														
Contenido de quiste única mente	Esp? ?cime n virtual mente aceluar	Nódulo folicular benigno/nódulo coloide/hiperplasia nodular	Consistente con tiroiditis linfoc? ?tica	Atipia de significado indeterminado o lesión folicular de significado indeterminado	Sospechoso de neoplasia folicular	Sospechoso de neoplasia folicular oncocítica	Sospechoso para carcinoma papilar	Sospechoso para carcinoma maligno, sin otra especificaci? ?n	Carcinoma papilar de tiroide s	Carcinoma medular de tiroide s	Carcinoma pobremente diferenciado	Carcinoma, sin otra especificaci? ?n	Linfoma	Neoplasia paratiroidea
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Observaciones

El extendido muestra baja celularidad compuesta por sabanas monocapa de células foliculares sin atipia, en un fondo hemorrágico con abundante material coloide.

La designación de nódulo folicular benigno aplica a muestras citológicas que son adecuadas para evaluación y consisten en coloide y células foliculares de apariencia benigna. Se puede emplear el termino general de nódulo folicular benigno o uno más específico como nódulo coloide, bocio, nódulo hiperplásico o adenomatoso ó enfermedad de Graves, dependiendo de los hallazgos citomorfológicos y presentación clínica.

Las preparaciones citológicas presentan escasa a moderada celularidad. El coloide acuoso forma una membrana delgada con aspecto de celofán que tiende a doblarse y dar un aspecto craquelado o en mosaico. El coloide denso tiene aspecto hialino y frecuentemente se fractura.

Las células foliculares se disponen predominantemente en sabanas monocapas y están espaciadas. Ocasionalmente se disponen en esferas intactas tridimensionales de tamaños variables, y fragmentos de tejido. Las células foliculares pueden perder su citoplasma, y fácilmente ser confundidas con linfocitos.

Frecuentemente se ven macrófagos y pueden contener hemosiderina. Se pueden ver cambios reparativos

focales especialmente en lesiones quísticas, incluyendo células de revestimiento quístico, las cuales presentan núcleos agrandados, con cromatina finamente granular y citoplasma elongado fusiforme.

Referencias

Ali S, Cibas E. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes. 2nd ed. New York: Springer; 2018: DOI 10.1007/978-3-319-60570-8.

**Evaluación diagnóstica Caso Clínico 5
 CITNG-231**

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Adenocarcinoma, sin otra especificación	Leucemia/linfoma/u otra malignidad hematológica
No Concordante	

Consenso de valoraciones														
Insatis	Elemen	Prolife	Neopl	Adeno	Adeno	Adeno	Adeno	Adeno	Leuce	Mesot	Melan	Carcin	Carcin	Sarco
factori	tos	ració	asia	carcin	carcin	carcin	carcin	carcin	mia/lin	elioma	oma	oma	oma	ma
o/no	celular	n	mucin	oma,	oma	oma	oma	oma	foma/u		metast	escam	neuro	
diagno	es	mesot	osa	sin	favore	favore	favore	favore	otra		ásico	ocelul	endocr	
stico	benign	elial		otra	ce	ce	ce	ce	malign			ar	ino	
	os/rea	atipi		especi	primari	primari	primari	primari	idad			metast		
	ctivos	ca		ficaci?	o	o	o	o en	hemat			ásico		
				?n	pulmo	gineco	colóni	glánd	ológic					
					nar	lógico	co	ula	a					
								mama						
								ria						
0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Observaciones

La preparación y el bloque celular muestran moderada celularidad, constituida por células de apariencia linfoide con aumento de la relación núcleo/citoplasma, hiper cromasia y moderado pleomorfismo, en un fondo con predominio de linfocitos maduros, eosinófilos y escasos neutrófilos. Se observan escasas células mesoteliales reactivas. Se realizó estudio de inmunohistoquímica en el bloque celular observándose reactividad en las células atípicas con CD20, y negatividad para CD3 y calretinina. Los hallazgos citológicos descritos en conjunto con el inmunoperfil y los estudios de citometría de flujo son compatibles con compromiso por Linfoma B de célula grande.

Los derrames en cavidades serosas son un hallazgo común en los linfomas. Aproximadamente 20 a 30 por ciento de los linfomas (Hodgkin y no Hodgkin) cursan con derrame pleural, es relativamente infrecuente en cavidades pericárdicas y peritoneales.

Las características citomorfológicas del compromiso del linfoma depende del subtipo, y si se desea hacer una clasificación definitiva del subtipo de linfoma lo recomendable seria realizar estudios complementarios de citometría de flujo.

Referencias

No hay referencias para el presente caso clínico

Comentarios del intento

No hay observaciones para este intento.

- Final del reporte -
Página 12 de 12

Valentina Pérez

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