



**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: Luis Vejarano

Código del patólogo: CDO-002

País: Colombia

Ciudad: Cali Valle del Cauca

Dirección: N/A

Teléfono: 3187751642

Email: jessica.ramirez@clinicadeoccidente.com

Segundo envío: Código B2

Fecha de envío: 2024-01-13

Fecha de emisión: 2024-01-13

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

### Segundo envío | Código B2

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| Caso Clínico 1 CITNG-221 ..... | p. 4  |
| Caso Clínico 2 CITNG-223 ..... | p. 6  |
| Caso Clínico 3 CITNG-234 ..... | p. 8  |
| Caso Clínico 4 CITNG-236 ..... | p. 10 |

**Evaluación diagnóstica Caso Clínico 1  
 CITNG-221**

| Diagnóstico                                 |   |
|---|---|
| Su respuesta                                | Respuesta referenciada                      |
| Carcinoma papilar de tiroides (Bethesda VI) | Carcinoma papilar de tiroides (Bethesda VI) |
| Concordante                                 |   |

| Consenso de valoraciones               |                                  |  |  |                                   |  |   |   |  |   |   |                                 |                                     |                                     |          |   |
|--|----------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|---|---|--|---|---|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|---|
| Contenido de quiste único (Bethesda I) | Esp? ?cim en virtualmente acelar | Esp? ?cim en con artificios que limitan evaluación | Nódulo folicular benigno/n? ?dulo coloid e/hiperplasia nodular (Bethesda II) | Consi stente con tis linfoc ítica | Atipia de significado indeterminado o lesión folicular de significado indeterminado (Bethesda III) | Sosp echos de neoplasia folicular (Bethesda IV) | Sosp echos de neoplasia folicular oncoc ítica | Sosp echos para carcinoma papilar (Bethesda V) | Sosp echos para malignidad, sin otra especificación | Carci noma papilar de tiroide s (Bethesda VI) | Carci noma medular de tiroide s | Carci noma pobre mente diferenciado | Carci noma, sin otra especificación | Linfo ma | Neoplasia paratiroidea (Otras neoplasias) |
| 0 (0%)                                 | 0 (0%)                           | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 0 (0%)                            | 0 (0%)   | 0 (0%)  | 0 (0%)  | 1 (50%)  | 0 (0%)  | 1 (50%)                                       | 0 (0%)                          | 0 (0%)                              | 0 (0%)                              | 0 (0%)   | 0 (0%)                                    |

**Observaciones**

El extendida muestra numeroso grupos de células foliculares dispuestas en sabanas y algunos grupos con configuración papilar, observándose agrandamiento y sobreposición nuclear. Los núcleos presentan cromatina pálida con micronúcleos marginales. Hay irregularidades de contorno nuclear con presencia de hendiduras y escasas pseudoinclusiones nucleares. El fondo es hemorrágico con presencia de algunos histiocitos y células gigantes multinucleadas, identificándose coloide denso (?chicloso?). Espécimen quirúrgico mostro un carcinoma papilar (variedad histológica clásica 90%, hobnail 8% y folicular 2%).

El carcinoma papilar de tiroides es el cáncer tiroideo más común. Citológicamente se caracteriza por la presencia de preparaciones hipercelulares con células foliculares dispuestas en fragmentos sincitiales. Los fragmentos sincitiales son típicamente monocapa con o sin patrón folicular, y en algunos casos con configuración papilar (esta última ausente en las variantes foliculares). Las características nucleares son

claves para el diagnóstico: cambio de la forma de los núcleos de redondo a ovalados/elípticos, cromatina pálida, micronúcleo, hendiduras e inclusiones pseudoinclusiones. Es importante tener en cuenta que las hendiduras y pseudoinclusiones nucleares no son específicas para carcinoma papilar, es indispensable tener además los otros criterios. Típicamente el coloide es escaso o ausente, y si esta presenta puede tener una apariencia densa que recuerda al "chicle". Se pueden observar cuerpos de psammoma si se muestreo un área predominantemente papilar y frecuentemente se observan células gigantes multinucleadas acompañantes. Las células con cambio oncocítico tanto metaplásicas como neoplásicas pueden presentar hendiduras nucleares. Inclusiones pseudonucleares pueden ser observadas en el carcinoma medular, el adenoma trabecular hialinizante y en las células de revestimiento quístico.

### 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 2  
 CITNG-223**

| Diagnóstico                                   |   |
|---|---|
| Su respuesta                                  | Respuesta referenciada                        |
| Adenocarcinoma favorece primario ginecológico | Adenocarcinoma favorece primario ginecológico |
| 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%)  | 2 (100%) | 0 (0%)  | 0 (0%)  | 0 (0%)  | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

**Observaciones**

La preparación muestra numerosas células tumorales en grupos con arquitectura papilar y algunas células sueltas, con citoplasma vacuolado, núcleos con pleomorfismo y nucléolo prominente, acompañadas de células mesoteliales reactivas, histiocitos y polimórfonucleares neutrófilos, sobre un fondo hemorrágico. El estudio quirúrgico mostro extenso compromiso por carcinoma, cuya morfología e inmunofenotipo favorece carcinoma seroso de alto grado de alto grado de origen tubo-ovárico. Los estudios de inmunohistoquímica en el espécimen quirúrgico mostraron reactividad difusa de las células tumorales para PAX8, WT1 y expresión fuerte de p53 en todas las células (sobrexpresión, patrón anormal).

La mayoría de paciente con malignidad en líquidos de cavidades (pleural, peritoneal, pericardio) tiene una neoplasia primaria documentada. En algunos casos el derrame maligno puede ser la primera manifestación de una malignidad oculta. El cáncer de pulmón es el origen primario oculto más frecuente en el líquido pleural. En liquido peritoneal, el origen primario oculto más frecuente en pacientes masculino es tracto gastrointestinal y páncreas, y en pacientes femeninos es ovario. Otros tumores que se manifiestan con derrames malignos incluyen mesotelioma, melanoma y linfomas.

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.

Los líquidos de cavidades con compromiso por carcinoma serosos de alto grado suelen presentar moderada a alta celularidad, con grupos cohesivos tridimensionales con sobreposición y desorganización nuclear, algunos de ellos con arquitectura compleja (por ejemplo, papilar). La atipia citológica es marcada con pleomorfismo, macronúcleos y actividad mitótica. Otro patrón que se puede observar es la presencia de células sueltas con núcleos atípicos excéntricos o multinucleación. Los cuerpos de psammoma pueden ser vistos en las neoplasias serosas sin embargo no son diagnósticos. La correlación clínica es esencial para elegir la inmunohistoquímica apropiada para determinar el sitio de origen. La mayoría de carcinoma serosos son positivos para WT1, CA 125 Y PAX8, de estos el más útil para realizar en las preparaciones citológicas es el PAX8, el cual presenta una marcación nuclear. Este marcador es altamente sensible y específico para neoplasias müllerianas.

## Referencias

No hay referencias para el presente caso clínico

**Evaluación diagnóstica Caso Clínico 3**  
**CITNG-234**

| Diagnóstico                                |   |
|--|---|
| Su respuesta                               | Respuesta referenciada                    |
| Sospechoso de neoplasia folicular oncótica | Neoplasia paratiroidea (Otras neoplasias) |
| No Concordante                             |   |

| Consenso de valoraciones                       |                                     |  |  |                                   |   |   |  |  |  |   |                                 |                                     |                                     |          |   |
|--|-------------------------------------|--|--|-----------------------------------|---|---|--|--|--|---|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|---|
| Contenido de quiste único ament e (Bethesda I) | Esp? ?cim en virtual mente acelular | Esp? ?cim en con artificios que limitan evaluación | Nódulo folicular benigno/n? ?dulo coloid e/hiperplasia nodular (Bethesda II) | Consi stente con tis linfoc ítica | Atipia de significado indeterminado o lesión folicular de significado indeterminado | Sosp echos de neoplasia folicular (Bethesda IV) | Sosp echos de neoplasia folicular oncótica | Sosp echos para carcinoma papilar (Bethesda V) | Sosp echos para carcinoma papilar (Bethesda V) | Carci noma papilar de tiroide s (Bethesda VI) | Carci noma medular de tiroide s | Carci noma pobre mente diferenciado | Carci noma, sin otra especificación | Linfo ma | Neoplasia paratiroidea (Otras neoplasias) |
| 0 (0%)   | 0 (0%)                              | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 0 (0%)                            | 0 (0%)  | 0 (0%)  | 1 (50%)                                    | 0 (0%)   | 0 (0%)   | 1 (50%)                                       | 0 (0%)                          | 0 (0%)                              | 0 (0%)                              | 0 (0%)   | 0 (0%)                                    |

**Observaciones**

El extendido es hipercelular compuesto por sabanas de células epiteliales poco cohesivas, con superposición nuclear y núcleos redondos con cromatina en patrón de ?sal y pimienta?. En el fondo se observa gran cantidad de núcleos desnudos y no se identifica coloide. El espécimen quirúrgico mostro un adenoma paratiroideo.

Las aspiraciones con aguja fina de neoplasias paratiroideas están compuestas de células que se parecen a las células foliculares, sin embargo, más frecuentemente se ve tendencia a la discohesión con presencia de núcleos desnudos y ausencia de coloide. Incluso cuando las aspiraciones se realizan con guía de ultrasonido, puede no estar claro para el operador que la lesión surge de una glándula paratiroidea en lugar de la tiroides, particularmente para glándulas paratiroideas ubicadas dentro del parénquima tiroideo o cápsula tiroidea. Cuando una muestra se rotula como ?tiroides? los adenomas paratiroideos a menudo se malinterpretan como neoplasia folicular. Si existe una sospecha clínica de que la lesión puede ser paratiroidea, o si hay características celulares que sugieren esa posibilidad, entonces la posibilidad de una lesión paratiroidea podría ser sugerida en el informe.

**Referencias**



No hay referencias para el presente caso clínico

**Evaluación diagnóstica Caso Clínico 4  
 CITNG-236**

| <b>Diagnóstico</b>                              |   |
|---|---|
| <b>Su respuesta</b>                             | <b>Respuesta referenciada</b>                   |
| Negativo para carcinoma urotelial de alto grado | Negativo para carcinoma urotelial de alto grado |
| Concordante                                     |   |

| <b>Consenso de valoraciones</b> |   |                              |                                   |                                |                |                       |          |
|---------------------------------|---|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------|-----------------------|----------|
| Insatisfactorio /no diagnostico | Negativo para carcinoma urotelial de alto grado | Células uroteliales atípicas | Carcinoma urotelial de alto grado | Carcinoma de células escamosas | Adenocarcinoma | Carcinoma metastásico | Melanoma |
| 0 (0%)                          | 2 (100%)  | 0 (0%)                       | 0 (0%)                            | 0 (0%)                         | 0 (0%)         | 0 (0%)                | 0 (0%)   |

**Observaciones**

El preparado citológico muestra células uroteliales y células escamosas de aspecto benigno, en un fondo limpio con escasos hematíes.

Los preparados citológicos negativos para carcinoma urotelial de alto grado muestran células uroteliales sin atipia, es decir que no tienen aumento en la relación núcleo citoplasma, ni cambios en la cromatina como por ejemplo hiper cromasia o cromatina grumosa, o irregularidades del contorno nuclear. Puede haber células uroteliales de aspecto benigno dispuestos grupos o pseudopapilas, pero sin tallos fibrovasculares verdaderos. El Sistema de París incluye inequívocamente dichos hallazgos en la categoría negativa, aunque algunos pueden corresponder a carcinoma urotelial de bajo grado en el seguimiento. Se pueden observar cambios reactivos o degenerativos en las células uroteliales asociado a procesos benignos como, por ejemplo: litiasis, infecciones virales, radiación, quimioterapia e inmunoterapia.

**Referencias**

No hay referencias para el presente caso clínico

**Comentarios del intento**

No hay observaciones para este intento.

- Final del reporte -  
Página 11 de 11

*Valentina Pérez*  
MD

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