



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

Inmunohistoquímica

**Laboratorio
200101 | Patología y
Diagnóstico Especializado
Isabel Bolívar Aguilera S.A.S.**

QAP-PAT-IHQ | Inmunohistoquímica

Institución: Patología y Diagnóstico Especializado Isabel Bolivar Aguilera S.A.S.

N° Laboratorio: 200101

Reportado por el patólogo: Omar Alexis Gómez Rodríguez

Código del patólogo: ISB-005

País: Colombia

Ciudad: Bogotá Distrito Capital

Dirección: N/A

Teléfono: 3102666714

Email: natauribesgi@gmail.com

Tercer envío: Código D.1

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

Tercer envío | Código D.1

| | |
|---------------------------------|-------|
| Caso clínico 1 IHQ-SET-D1 | p. 4 |
| Caso clínico 2 IHQ-SET-D2 | p. 7 |
| Caso clínico 3 IHQ-SET-D3 | p. 10 |
| Caso clínico 4 IHQ-SET-D4 | p. 13 |

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 1
 IHQ-SET-D1**

| Diagnóstico | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Su respuesta | Respuesta referenciada |
| Hiperplasia de la red ovárica | Hiperplasia de la red ovárica |
| Concordante | |

| Consenso de valoraciones | | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------|-------------------------------|---------------|
| Adenocarcinoma de la red ovárica | Metástasis de carcinoma ductal de mama | Tumor seroso borderline | Hiperplasia de la red ovárica | Endometriosis |
| 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 6 (75%) | 2 (25%) |

Interpretación de la inmunohistoquímica

| Marcador | Patrón de tinción | | Intensidad de tinción | | % células positivas | |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Su respuesta | Rta. referenciada | Su respuesta | Rta. referenciada | Su respuesta | Rta. referenciada |
| CD117 | Membranoso y Citoplasmático | Membranoso y Citoplasmático | Moderada | Moderada | 76% - 100% | 76% - 100% |
| Ki67 | Ausente | Nuclear | Ausente | Fuerte | Negativo | 1% - 25% |
| EMA | Membranoso y Citoplasmático | Ausente | Moderada | Ausente | 76% - 100% | Negativo |
| GATA3 | Ausente | Ausente | Ausente | Ausente | Negativo | Negativo |

Patrón de tinción

| Consenso de valoraciones - Marcador CD117 | |
|--|-----------|
| Membranoso y Citoplasmático | |
| 8 (100%) | |
| Consenso de valoraciones - Marcador Ki67 | |
| Nuclear | Ausente |
| 4 (50%) | 4 (50%) |
| Consenso de valoraciones - Marcador EMA | |
| Membranoso y Citoplasmático | Ausente |
| 6 (75%) | 2 (25%) |
| Consenso de valoraciones - Marcador GATA3 | |
| Nuclear | Ausente |
| 1 (12.5%) | 7 (87.5%) |

Intensidad de tinción

| Consenso de valoraciones - Marcador CD117 | | |
|---|-----------|---------|
| Moderada | | |
| 8 (100%) | | |
| Consenso de valoraciones - Marcador Ki67 | | |
| Moderada | Fuerte | Ausente |
| 1 (12.5%) | 3 (37.5%) | 4 (50%) |
| Consenso de valoraciones - Marcador EMA | | |
| Moderada | Fuerte | Ausente |
| 5 (62.5%) | 1 (12.5%) | 2 (25%) |
| Consenso de valoraciones - Marcador GATA3 | | |
| Moderada | Ausente | |
| 1 (12.5%) | 7 (87.5%) | |

Porcentaje de células positivas

| Consenso de valoraciones - Marcador CD117 | | |
|---|-----------|----------|
| 76% - 100% | 1% - 25% | |
| 7 (87.5%) | 1 (12.5%) | |
| Consenso de valoraciones - Marcador Ki67 | | |
| 1% - 25% | Negativo | |
| 3 (37.5%) | 5 (62.5%) | |
| Consenso de valoraciones - Marcador EMA | | |
| 76% - 100% | 1% - 25% | Negativo |
| 4 (50%) | 2 (25%) | 2 (25%) |
| Consenso de valoraciones - Marcador GATA3 | | |
| Negativo | | |
| 8 (100%) | | |

Observaciones

Se observa una proliferación de estructuras tubulares y canaliculares irregulares tapizadas por epitelio cúbico a cilíndrico, sin atipia. El patrón de disposición es difuso en áreas, pero no se observa necrosis, crecimiento infiltrativo ni destructivo. No se observa actividad mitótica significativa. El estudio de inmunohistoquímica mostró reactividad de las células lesionales con CD117. El diagnóstico es una hiperplasia de la red ovárica. La ausencia de atipia citológica significativa, sin actividad mitótica y actividad proliferativa baja no apoyan el diagnóstico de carcinoma, ni metástasis de cáncer de mamá, el cual usualmente es positivo con GATA3.

Referencias

1. Silver SA, Devouassoux-Shisheboran M, Mezzetti TP, Tavassoli FA. Mesonephric adenocarcinomas of the uterine cervix: A study of 11 cases with immunohistochemical findings. *Am J Surg Pathol.* 2001;25(3):379-87.
2. Ferry JA, Scully RE. Mesonephric remn

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 2
 IHQ-SET-D2**

| Diagnóstico | |
|----------------------------|-------------------------------|
| Su respuesta | Respuesta referenciada |
| Tumor de células de Leydig | Tumor de células de Leydig |
| Concordante | |

| Consenso de valoraciones | | | |
|---------------------------------|---------------|----------------------------|----------------------------------|
| Tumor de células granulares | Malacoplaquia | Tumor de células de Leydig | Hiperplasia de células de Leydig |
| 0 (0%) | 0 (0%) | 8 (100%) | 0 (0%) |

Interpretación de la inmunohistoquímica

| Marcador | Patrón de tinción | | Intensidad de tinción | | % células positivas | |
|-----------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Su respuesta | Rta. referenciada | Su respuesta | Rta. referenciada | Su respuesta | Rta. referenciada |
| Inhibina | Membranoso y Citoplasmático | Citoplasmático | Fuerte | Fuerte | 76% - 100% | 76% - 100% |
| Calretinina | Citoplasmático | Citoplasmático | Fuerte | Fuerte | 76% - 100% | 76% - 100% |
| Melan-A | Citoplasmático | Citoplasmático | Fuerte | Fuerte | 76% - 100% | 76% - 100% |
| Sinaptofisina | Citoplasmático | Citoplasmático | Moderada | Moderada | 1% - 25% | 1% - 25% |

Patrón de tinción

| Consenso de valoraciones - Marcador Inhibina | |
|---|-----------------------------|
| Citoplasmático | Membranoso y Citoplasmático |
| 7 (87.5%) | 1 (12.5%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador Calretinina | |
|--|-----------------------------|
| Citoplasmático | Membranoso y Citoplasmático |
| 7 (87.5%) | 1 (12.5%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador Melan-A | |
|--|--|
| Citoplasmático | |
| 8 (100%) | |

| Consenso de valoraciones - Marcador Sinaptofisina | |
|--|-----------|
| Citoplasmático | Ausente |
| 5 (62.5%) | 3 (37.5%) |

Intensidad de tinción

| Consenso de valoraciones - Marcador Inhibina | |
|---|--|
| | |

Fuerte

8 (100%)

Consenso de valoraciones - Marcador Calretinina

Fuerte

8 (100%)

Consenso de valoraciones - Marcador Melan-A

Fuerte

8 (100%)

Consenso de valoraciones - Marcador Sinaptofisina

Moderada

8 (100%)

Porcentaje de células positivas

Consenso de valoraciones - Marcador Inhibina

76% - 100%

8 (100%)

Consenso de valoraciones - Marcador Calretinina

76% - 100%

8 (100%)

Consenso de valoraciones - Marcador Melan-A

76% - 100%

8 (100%)

Consenso de valoraciones - Marcador Sinaptofisina

1% - 25%

8 (100%)

Observaciones

El tumor de células de Leydig es una neoplasia constituida por células que típicamente tienen un citoplasma eosinofílico abundante y recuerdan células de Leydig no neoplásicas del testículo. Esta neoplasia da cuenta del 1-2 por ciento de los tumores testiculares y es la más frecuente en el grupo de los tumores estromales y de los cordones sexuales. El tumor de células de Leydig puede presentarse en cualquier edad, con dos picos de incidencia, entre los 5-10 años y entre los 30-35 años. Los pacientes usualmente son asintomáticos excepto por el hallazgo de una masa testicular, pero puede presentarse ginecomastia (15 por ciento) y (raramente) síndrome de Cushing. Los niños (usualmente entre los 5-10 años) típicamente presentan pseudoprecocidad isosexual y solo tardíamente se encuentra una masa testicular en los estudios clínicos.

Frecuentemente se encuentra incremento en los niveles séricos de testosterona, androstendiona y dehidroepiandrosterona, con ocasional elevación de niveles de estrógeno y estradiol. Una minoría de tumores (menor 5 por ciento) que son clínicamente malignos presentan metástasis. Se puede encontrar una

rara asociación con síndrome de Klinefelter, síndromes de leiomiomatosis hereditaria y cáncer de células renales.

La mayoría de los tumores se presentan como lesiones bien circunscritas de 0.5-5 cm, con superficie de corte homogénea, amarilla a parda o café-verdoso, pero se observa hemorragia y necrosis en cerca del 25 por ciento de los casos. Se observa compromiso extratesticular en aproximadamente el 10 por ciento de los casos. Histológicamente se encuentra constituido por grandes nódulos separados por estroma colagenizado. Menos frecuentemente con patrones insular, trabecular, pseudotubular, sarcomatoide y microquístico. En raras ocasiones se observan focos de metaplasia, calcificación y osificación. Las células son típicamente uniformes y redondas, y tienen un citoplasma eosinofílico prominente que puede contener cristales de Reinke (30 por ciento) y pigmento de lipofuscina (15 por ciento). El núcleo es usualmente redondo con nucléolo prominente central y atipia citológica mínima, así como escasa actividad mitótica. Aproximadamente 5 por ciento de los tumores muestran hallazgos citológicos malignos, incluyendo apreciable actividad mitótica; estos tumores se asocian con frecuencia a necrosis.

Típicamente los tumores son positivos para Inhibina (95 por ciento), calretinina (90 por ciento), SF1, Melan A y CD99. Cromogranina, sinaptofisina y citoqueratina se expresan de forma variable, y menor 10 por ciento de los muestran positividad para S100. La B-Catenina nuclear está ausente. Un pequeño número de tumores son positivos para fosfatasa alcalina placentaria. Cuando son malignos frecuentemente muestran un índice de MIB1 incrementado.

En el diagnóstico diferencial se incluye la hiperplasia de células de Leydig, la cual usualmente es microscópica menor 0.5 cm, y cuando los nódulos son macroscópicos siguen siendo pequeños y multifocales. Células ectópicas benignas, tumor testicular del síndrome adrenogenital (bilateral, multifocal, lipofuscina citoplasmática, atipia focal, y bandas fibrosas gruesas), tumor de células granulares (negativas para melan A), Malacoplaquia (compromete los túbulos e intersticio, con inflamación xantogranulomatosa y cuerpos de Michaelis Gutmann), linfomas (más frecuentemente bilaterales, borramiento intertubular con crecimiento intratubular y hallazgos

citológicos característicos) y Tumor del saco de Yolk (presencia de neoplasia germinal in situ y positividad para SALL4/GPC3/AFP).

La mayoría de los tumores son benignos, la realización de orquidectomía sola es generalmente curativa para tumores no metastásicos. Aproximadamente un 5 por ciento son clínicamente malignos, los cuales muestran 2 o más de los siguientes hallazgos: diámetro mayor 5cm, bordes infiltrativos, atipia citológica, mayor 3 mitosis en 10 campos de alto aumento invasión vascular, y necrosis.

bilaterales, borramiento intertubular con crecimiento intratubular y hallazgos citológicos característicos) y Tumor del saco de Yolk (presencia de neoplasia germinal in situ y positividad para SALL4/GPC3/AFP).

La mayoría de los tumores son benignos, la realización de orquidectomía sola es generalmente curativa para tumores no metastásicos. Aproximadamente un 5 por ciento son clínicamente malignos, los cuales muestran 2 o más de los siguientes hallazgos: diámetro mayor a 5cm, bordes infiltrativos, atipia citológica, mayor a 3 mitosis en 10 campos de alto aumento invasión vascular, y necrosis.

Referencias

1. Olivia E, Young R.H, Ulbright T.M. Sex cord-stromal tumours. En: Moch H, Humphrey P, Ulbright T, Reuter V. WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. 4th Edition. Lyon : International Agency for Research on Cancer (IAR

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 3
 IHQ-SET-D3**

| Diagnóstico | |
|---|---|
| Su respuesta | Respuesta referenciada |
| Linfoma B difuso de celula grande, fenotipo no centrogerminal | Linfoma B difuso de celula grande, fenotipo no centrogerminal |
| Concordante | |

| Consenso de valoraciones | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|------------------------|
| Linfoma de Burkitt | Linfoma B difuso de celula grande, fenotipo no centrogerminal | Linfoma B difuso de celula grande, no especificado (NOS) | Linfoma B de alto grado, no especificado (NOS) | Linfoma plasmablastico |
| 0 (0%) | 8 (100%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

Interpretación de la inmunohistoquímica

| Marcador | Patrón de tinción | | Intensidad de tinción | | % células positivas | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Su respuesta | Rta. referenciada | Su respuesta | Rta. referenciada | Su respuesta | Rta. referenciada |
| CD20 | Citoplásmatico | Citoplásmatico | Fuerte | Fuerte | 76% - 100% | 76% - 100% |
| CD10 | Ausente | Ausente | Ausente | Ausente | Negativo | Negativo |
| BCL-6 | Nuclear | Nuclear | Débil | Débil | 1% - 25% | 1% - 25% |
| MUM-1 | Nuclear | Nuclear | Fuerte | Fuerte | 76% - 100% | 76% - 100% |

Patrón de tinción

| Consenso de valoraciones - Marcador CD20 | |
|--|------------------|
| Citoplásmatico | |
| 8 (100%) | |
| Consenso de valoraciones - Marcador CD10 | |
| Ausente | |
| 8 (100%) | |
| Consenso de valoraciones - Marcador BCL-6 | |
| Ausente | Nuclear |
| 1 (12.5%) | 7 (87.5%) |
| Consenso de valoraciones - Marcador MUM-1 | |
| Nuclear | |
| 8 (100%) | |

Intensidad de tinción

| Consenso de valoraciones - Marcador CD20 | | |
|---|---------|-----------|
| Fuerte | | |
| 8 (100%) | | |
| Consenso de valoraciones - Marcador CD10 | | |
| Ausente | | |
| 8 (100%) | | |
| Consenso de valoraciones - Marcador BCL-6 | | |
| Fuerte | Ausente | Débil |
| 1 (12.5%) | 2 (25%) | 5 (62.5%) |
| Consenso de valoraciones - Marcador MUM-1 | | |
| Fuerte | | |
| 8 (100%) | | |

Porcentaje de células positivas

| Consenso de valoraciones - Marcador CD20 | | |
|---|----------|----------|
| 76% - 100% | | |
| 8 (100%) | | |
| Consenso de valoraciones - Marcador CD10 | | |
| Negativo | | |
| 8 (100%) | | |
| Consenso de valoraciones - Marcador BCL-6 | | |
| 76% - 100% | Negativo | 1% - 25% |
| 2 (25%) | 2 (25%) | 4 (50%) |
| Consenso de valoraciones - Marcador MUM-1 | | |
| 76% - 100% | | |
| 8 (100%) | | |

Observaciones

Los cortes histológicos muestran fragmentos de ganglio linfático comprometido por una neoplasia linfoide, constituida por sabanas de células grandes con núcleo irregular, cromatina vesicular y un nucléolo central prominente y eosinofílico. Los estudios de Inmunohistoquímica confirman el linaje B de la lesión, con células tumorales que expresan el marcador CD20, así como CD19 mediante el estudio de citometría de flujo. Hay co-expresión de BCL2 y MUM1, focalmente de CD5 y BCL6 (menor a 20 por ciento). Son negativas para CD10, CD3, CD30. El índice de proliferación evaluado con ki67 es del 80 por ciento. Los hallazgos histopatológicos en este caso, corresponden a los de un Linfoma B Difuso de Célula Grande (LBDCG), variante citológica inmunoblástica y un inmunofenotipo que favorece un origen No Centrogeminal, siguiendo el algoritmo de Hans.

Las características morfológicas e inmunofenotípicas, hacen poco probable un diagnóstico de Linfoma de Burkitt (LB); en esta entidad las células tumorales son usualmente monotonas de tamaño intermedio, exhiben moldeamiento y un núcleo redondo con nucleolos aparantes paracentrales. Fenotípicamente expresan CD10, BCL6 y son negativas para BCL2.

La categoría de Linfomas B de alto grado, No especificados (NOS), son incluidos casos con morfología intermedia entre LB y LBDCG o linfomas con apariencia blastoide, sin evidencia de reordenamientos en los genes MYC y BCL2 y/o BCL6. En esta categoría, no deben ser clasificados casos con morfología de LBDCG, como en el presente ejemplo, aun si portan un alto índice de proliferación.

Las características fenotípicas encontradas no apoyan un diagnóstico de Linfoma Plasmablástico (LPB). Este corresponde a un linfoma B de diferenciación terminal, con una localización frecuentemente extranodal, afectando adultos con inmunodeficiencia. Morfológicamente, con células tumorales grandes que recuerdan inmunoblastos (como en este caso) o plasmablastos y un fenotípico de forma característica con pérdida o mínima expresión de CD20 y reactividad para marcadores de células plasmáticas como CD38, CD138 y MUM1. Por lo tanto, LBDCG con una morfología predominante plasmablastica o inmunoblastica, pero con expresión fuerte para CD20, CD79 Y PAX5, no deben ser incluidos en la categoría de LPB.

Finalmente, es de recalcar que la clasificación de la OMS, resalta la importancia de la determinación de la célula de origen en el LBDCG, la cual deberá ser definida en todos los casos al diagnóstico. De no estar disponibles estudios moleculares, los estudios de IHQ a través de los diferentes algoritmos, como el algoritmo de Hans, son considerados una alternativa aceptable y de uso rutinario.

Referencias

1. Swerdlow SH., et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. Blood 2016 May 19;127(20):2375-90. doi: 10.1182/blood-2016-01-643569. Epub 2016 Mar 15.
2. World Health Organization Classification of Tumou

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 4
 IHQ-SET-D4**

| Diagnóstico | |
|--|--|
| Su respuesta | Respuesta referenciada |
| Carcinoma metastásico, compatible con origen en tracto gastrointestinal inferior | Carcinoma metastásico, compatible con origen en tracto gastrointestinal inferior |
| Concordante | |

| Consenso de valoraciones | | | | |
|--|--|--|-------------------------|--|
| Adenocarcinoma pulmonar, patrón acinar | Carcinoma metastásico, compatible con origen en tracto gastrointestinal inferior | Carcinoma metastásico, compatible con origen pancreatobiliar | Carcinoma escamocelular | Carcinoma metastásico, compatible con prostático |
| 0 (0%) | 8 (100%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

Interpretación de la inmunohistoquímica

| Marcador | Patrón de tinción | | Intensidad de tinción | | % células positivas | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | Su respuesta | Rta. referenciada | Su respuesta | Rta. referenciada | Su respuesta | Rta. referenciada |
| CK7 | Citoplásmico | Ausente | Fuerte | Ausente | 76% - 100% | Negativo |
| CK20 | Ausente | Citoplásmico | Ausente | Fuerte | Negativo | 51% - 75% |
| TTF1 | Ausente | Ausente | Ausente | Ausente | Negativo | Negativo |
| CDX2 | Nuclear | Nuclear | Fuerte | Fuerte | 76% - 100% | 76% - 100% |

Patrón de tinción

| Consenso de valoraciones - Marcador CK7 | |
|--|--------------|
| Ausente | Citoplásmico |
| 7 (87.5%) | 1 (12.5%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador CK20 | |
|---|--------------|
| Ausente | Citoplásmico |
| 1 (12.5%) | 7 (87.5%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador TTF1 | |
|---|---------|
| Ausente | Nuclear |
| 6 (75%) | 2 (25%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador CDX2 | |
|---|-----------|
| Ausente | Nuclear |
| 1 (12.5%) | 7 (87.5%) |

Intensidad de tinción

| Consenso de valoraciones - Marcador CK7 | |
|---|-----------|
| Ausente | Fuerte |
| 7 (87.5%) | 1 (12.5%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador CK20 | |
|--|-----------|
| Ausente | Fuerte |
| 1 (12.5%) | 7 (87.5%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador TTF1 | |
|--|-----------|
| Ausente | Fuerte |
| 7 (87.5%) | 1 (12.5%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador CDX2 | |
|--|-----------|
| Ausente | Fuerte |
| 1 (12.5%) | 7 (87.5%) |

Porcentaje de células positivas

| Consenso de valoraciones - Marcador CK7 | |
|---|------------|
| Negativo | 76% - 100% |
| 7 (87.5%) | 1 (12.5%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador CK20 | | |
|--|-----------|------------|
| Negativo | 51% - 75% | 76% - 100% |
| 1 (12.5%) | 5 (62.5%) | 2 (25%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador TTF1 | |
|--|------------|
| Negativo | 76% - 100% |
| 7 (87.5%) | 1 (12.5%) |

| Consenso de valoraciones - Marcador CDX2 | |
|--|------------|
| Negativo | 76% - 100% |
| 1 (12.5%) | 7 (87.5%) |

Observaciones

Se observa parénquima pulmonar con compromiso por una neoplasia maligna epitelial constituida por estructuras pseudoglandulares tapizadas por células grandes, cilíndricas, de núcleos hipercromáticos, pleomórficos, de cromatina vesicular. Se identifican frecuentes figuras mitóticas y apoptóticas. Las luces glandulares muestran detritos celulares y hay focos de necrosis. Las células neoplásicas son positivas para CK20 y CDX-2, y negativas para TTF-1 y CK7. Los hallazgos descritos son los de un adenocarcinoma metastásico de origen colónico. Dentro de los estudios de extensión realizados se encontraba una colonoscopia que evidenció una lesión de aspecto neoplásico en el colon sigmoides. La morfología de este tumor es muy típica de los adenocarcinomas de colon (células altas, detritos intraluminales). Por otro lado la ausencia de CK7 en presencia de reactividad con CK20 y CDX-2 apoya este

diagnóstico.

Los principales diagnósticos diferenciales en este caso son los carcinomas metastásicos. Los carcinomas de origen pancreatobiliar pueden ser similares morfológicamente, pero usualmente se asocian a reactividad con CK7 y patrón de expresión de CDX2 variable (no todas las células positivas). La histología no favorece origen prostático, además estos tumores suelen ser CK7 y CK20 negativos.

Dentro de los tumores primarios pulmonares, el principal diagnóstico diferencial es el adenocarcinoma pulmonar, especialmente con patrón acinar. Estos tumores por lo general son lesiones únicas, aunque hay excepciones y metastásis intrapulmonares. El inmunoperfil de estos tumores es CK7 y TTF-1 positivo.

Referencias

David J Dabbs, Diagnostic Immunohistochemistry
5th Edition. Theranostic and Genomic Applications. Elsevier 2018

Comentarios del intento

No hay observaciones para este intento.

- Final del reporte -
Página 15 de 15

Valentina Pérez
PS

Aprobado por:
AbbUJU'YbIjbUDffYnDcfffUj.
A YXJWJ'GWYbWY'@Ujgcb
"Programas QAP PAT