



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

**Patología quirúrgica**

**Laboratorio  
200113 | Organización  
Clínica Bannadona Prevenir  
S.A.S**

## QAP-PAT-PQ | Patología quirúrgica

Institución: Organización Clínica Bannadona Prevenir S.A.S

N° Laboratorio: 200113

Reportado por el patólogo: Maria Camila Niebles de la Hoz

Código del patólogo: OCB-002

País: Colombia

Ciudad: Barranquilla Atlántico

Dirección: Cra 49 C # 82 - 70

Teléfono: 3002887443

Email: coordpatologia@bonnadona.co

Primer envío: Código A.Lote\_0507000

Fecha de envío: 2025-02-19

Fecha de emisión: 2025-02-19

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\_0507000

Caso clínico 1 PQ-23-2 .....	p. 4
Caso clínico 2 PQ-24-2 .....	p. 5
Caso clínico 3 PQ-25-2 .....	p. 6
Caso clínico 4 PQ-26-2 .....	p. 7

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 1**  
**PQ-23-2**

<b>Diagnóstico</b>	
<b>Su respuesta</b>	<b>Respuesta referenciada</b>
Transformación blástica linfóide de leucem+ia mieloide crónica	Transformación blástica linfóide de leucem+ia mieloide crónica
<b>Concordante</b>	

<b>Consenso de valoraciones</b>			
Leucemia mieloide aguda	Leucemia mieloide crónica	Transformación blástica linfóide de leucem+ia mieloide crónica	Leucemia linfoblástica T
2 (5.88%)	1 (2.94%)	31 (91.18%)	0 (0%)

**Observaciones**

Los hallazgos corresponden a una leucemia linfoblástica B fenotipo común, que se confirma por la expresión de marcadores como CD19 y de inmadurez como CD34, sin reactividad para IgM. La detección de la expresión aberrante de CD20 y CD123 es importante porque pueden ser un blanco terapéutico en el primer caso o también como marcadores útiles en la evaluación de la enfermedad mínima residual. A todo individuo adulto con leucemia linfoblástica B se le debe realizar estudio de BCR-ABL, dado que puede estar asociado a una transformación blástica linfóide de una leucemia mieloide crónica (CML), como es este caso y el paciente se beneficia de inhibidores de tirosin quinasa. La transformación blástica de una CML se define como la presencia de proliferación extramedular de blastos (sarcoma mieloide) o la presencia de más del 20% de blastos en sangre o médula ósea, en la mayoría de casos de origen mieloide y un tercio de los casos de origen linfóide B como este paciente.

**Referencias**

1. Baccarani M, Deininger MW, Rosti G, Hochhaus A, Soverini S, Apperley JF, et al. European LeukemiaNet recommendations for the management of chronic myeloid leukemia: 2013. Blood. 2013 Aug 8;122(6):872-84.
2. Swerdlow SH, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. 585 p.

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 2**  
**PQ-24-2**

<b>Diagnóstico</b>	
<b>Su respuesta</b>	<b>Respuesta referenciada</b>
Espiradenoma ecrino	Espiradenoma ecrino
<b>Concordante</b>	

<b>Consenso de valoraciones</b>				
Carcinoma basocelular	Tumor de células de Merkel	Espiradenoma ecrino	Poroma ecrino	Glomangioma
1 (2.94%)	0 (0%)	32 (94.12%)	1 (2.94%)	0 (0%)

**Observaciones**

El espiradenoma ecrino se designó como una entidad específica descrita por Kersting y Helwig en 1956, cuando integraron los hallazgos clínicos e histopatológicos en 134 casos con esta neoplasia de los archivos del Instituto de patología de las fuerzas armadas (AFIP).

El espiradenoma ecrino es una neoplasia benigna que usualmente se manifiesta como un nódulo solitario en el segmento superior corporal de hombres y mujeres por igual. Raramente se presenta como lesiones múltiples con una ocurrencia lineal o siguiendo dermatomas. Tumores transicionales entre cilindromas y espiradenoma ecrino y/o formas combinadas se han visto, hay una fuerte correlación con antecedentes familiares de adenomas ecrinos y de glándulas sudoríparas. El dolor es el síntoma más frecuente.

En la histología se evidencian se evidencian nódulos bien circunscritos con sábanas y cordones de células epiteliales que muestran diferenciación ductal y se anastomosan sin formación de empalizada periférica ni formación de hendidura estromal.

**Referencias**

1. Mambo NC. Eccrine spiradenoma: clinical and pathologic study of 49 tumors. J Cutan Pathol. 1983 Oct;10(5):312-20.

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 3  
 PQ-25-2**

Diagnóstico	
Su respuesta	Respuesta referenciada
Tumor de la vaina neural periférico maligno	Tumor de la vaina neural periférico maligno
Concordante	

Consenso de valoraciones			
Neurofibroma	Schwannoma celular	Tumor de la vaina neural periférico maligno	Sarcoma sinovial
0 (0%)	3 (8.82%)	31 (91.18%)	0 (0%)

**Observaciones**

Los tumores de la vaina neural periférica malignos (TVNPM) son neoplasias malignas con derivación o diferenciación hacia células de la vaina nerviosa periférica. Estos tumores son más comunes en adultos entre 20 y 50 años de edad y el 50% ocurre en el contexto de una neurofibromatosis tipo 1. Por lo general son de crecimiento lento con síntomas motores o sensitivos de acuerdo al nervio comprometido. Histológicamente pueden presentar diversos patrones, típicamente son tumores con áreas hipercelulares e hipocelulares compuestos por células fusiformes dispuestas en haces estrechamente entrecruzados, los núcleos son hiper cromáticos, ondulados con bordes en forma de flecha y es posible observar empalizada periférica. Las células son mitóticamente activas (por lo general más de 4 mitosis por 10 campos de alto aumento) con presencia variable de figuras mitóticas atípicas. Es posible observar necrosis, rosetas, diferenciación heteróloga y áreas de anaplasia.

Los principales diagnósticos diferenciales son el neurofibroma y schwannoma. Los criterios de transformación maligna (aumento de la celularidad, atipia citológica, patrón de crecimiento fascicular, incremento de actividad mitótica, mitosis atípicas) ayudan a distinguir variantes del neurofibroma de un TVNPM. Los schwannomas pueden simular morfológicamente TVNPMs, pero aspectos como la localización intraneural, crecimiento plexiforme y mitosis atípicas apoyarían un TVNPM. Otros hallazgos como infiltración linfocítica de la cápsula y tinción fuerte y difusa con S100, ayudan en este contexto, dado que no son observados en los TVNPMs. El diagnóstico diferencial con el sarcoma sinovial también representa un desafío diagnóstico; aspectos histológicos como áreas alternantes mixoides (hipocelulares) e hiper celulares con núcleos ondulados, en conjunto con hallazgos de inmunofenotipo como ausencia de tinción con citoqueratinas y focal o débil TLE-1 favorecen un TVNPM.

**Referencias**

1. Goldblum JR, Folpe AL, Weiss SW, Enzinger FM, Weiss SW. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors.
2. Lindberg MR, Lucas D (David R, Cassarino D, Gardner JM, Stallings-Archer K. Diagnostic pathology. Soft tissue tumors.
3. Fletcher CDM, World Health Organization., International Agency for Research on Cancer. WHO classification of tumours of soft tissue and bone [Internet]. IARC Press; 2013 [cited 2019 Apr 9]. 468 p. Available from: <http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Iarc-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Tumours-Of-Soft-Tissue-And-Bone-2013>

**Evaluación diagnóstica Caso clínico 4  
 PQ-26-2**

<b>Diagnóstico</b>	
<b>Su respuesta</b>	<b>Respuesta referenciada</b>
Adenocarcinoma de tipo acinar, Gleason 3 + 3 (score de 6), Grado Grupo 1, con compromiso del borde de resección pintando con tinta negra	Adenocarcinoma de tipo acinar, Gleason 4 + 3 (score de 7), con un 70% de grado 4, Grado Grupo 3, con compromiso del borde de resección pintando con tinta negra
<b>No Concordante</b>	

<b>Consenso de valoraciones</b>			
Adenocarcinoma de tipo acinar, Gleason 3 + 3 (score de 6), Grado Grupo 1, con compromiso del borde de resección pintando con tinta negra	Adenocarcinoma de tipo acinar, Gleason 4 + 3 (score de 7), con un 70% de grado 4, Grado Grupo 3, con compromiso del borde de resección pintando con tinta negra	Adenocarcinoma de tipo acinar, Gleason 3 + 4 (score de 7), con un 30% de grado 4, Grado Grupo 2, con compromiso del borde de resección pintando con tinta negra	Adenocarcinoma de tipo acinar, Gleason 4 + 4 (score de 8), Grado Grupo 4, con compromiso del borde de resección pintando con tinta negra
6 (17.65%)	<b>12 (35.29%)</b>	9 (26.47%)	7 (20.59%)

**Observaciones**

La clasificación pronóstica de grado grupo en cáncer de próstata es muy importante para el correcto tratamiento de esta neoplasia. Un estudio realizado en Johns Hopkins University mostró una correlación entre el puntaje de Gleason en biopsias y prostatectomías radicales con el estadio patológico y recurrencia bioquímica en 6462 hombres, concluyendo que la agrupación de los puntajes de Gleason en 5 grados grupos pronósticos (Gleason 2 - 6: grado grupo 1, Gleason 3+4=7: grado grupo 2, Gleason 4+3=7: grado grupo 3, Gleason 8: grado grupo 4, Gleason 9 - 10: grado grupo 5) brinda mejor información pronóstica y ayuda a tomar mejores decisiones terapéuticas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la correcta cuantificación del patrón Gleason 4 es crucial. Los principales patrones morfológicos Gleason 4 son las glándulas fusionadas, glándulas cribiformes, patrón hipernefrotomatoide y glándulas pobremente formadas con luces mal definidas, este último es el más difícil de detectar y el menos reproducible, antes de clasificar estas glándulas como patrón Gleason 4 hay que asegurarse que no correspondan a un corte tangencial de glándulas mejor formadas. Por último, es muy importante no clasificar ninguna estructura glandular cribiforme como un patrón menor a Gleason 4, en un estudio la presencia de estas glándulas fueron las que mostraron mayor riesgo de falla post prostatectomía radical.

**Referencias**

1. Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM, Reuter VE, International Agency for Research on Cancer. WHO classification of tumours of the urinary system and male genital organs. 356 p.
2. Pierorazio PM, Walsh PC, Partin AW, Epstein JI. Prognostic Gleason grade grouping: data based on the modified Gleason scoring system. BJU Int. 2013 May;111(5):753-60.
3. Iczkowski KA, Torkko KC, Kotnis GR, Storey Wilson R, Huang W, Wheeler TM, et al. Digital Quantification of Five High-Grade Prostate Cancer Patterns, Including the Cribriform Pattern, and Their Association With Adverse Outcome. Am J Clin Pathol. 2011 Jul 1;136(1):98-107.

**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 Liaison  
Programas QAP PAT